UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1901-1902 N° 486

Les Atrésies Utéro-Vaginales

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1902

PAR

Joseph FAGET

Ancien Externe des Hôpitaux de Toulouse.

Noms des Examinateurs : MM. JEANNEL, ✠ I., *Président.* — LABÉDA, ✠ I, PÉNIÈRES, ✠, A, CESTAN, *Assesseurs.*

TOULOUSE

IMPRIMERIE LAGARDE ET SEBILLE

2, RUE ROMIGUIÈRES, 2.

—

1902

Les Atrésies Utéro-Vaginales

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1901-1902 N° 486

Les Atrésies Utéro-Vaginales

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1902

PAR

Joseph FAGET

Ancien Externe des Hôpitaux de Toulouse.

Noms des Examinateurs : MM. JEANNEL, ✠ I., *Président.* — LABÉDA, ✠ I, PÉNIÈRES, ✠, A, CESTAN — *Assesseurs.*

ACAD. LANGUEDOC BIBL.

TOULOUSE

IMPRIMERIE LAGARDE ET SEBILLE

2, RUE ROMIGUIÈRES, 2.

1902

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Toulouse

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. CAUBET, ✲, ✠ I.
Assesseur	FRÉBAULT, ✠ I

PROFESSEURS.

Anatomie	MM. CHARPY, ✠ I.
Histologie normale	TOURNEUX, ✠ A.
Physiologie	ABELOUS, ✠ A.
Anatomie pathologique	TAPIE, ✠ I.
Pathologie et Thérapeutique générales	HERRMANN, ✠ I.
Pathologie interne	ANDRÉ, ✲, ✠ I.
Pathologie externe	PÉNIÈRES, ✠ A.
Médecine opératoire	LABÉDA, ✠ I.
Thérapeutique	SAINT-ANGE, ✠ I.
Hygiène	GUIRAUD, ✠ I.
Clinique médicale	CAUBET, ✲, ✠ I.
	MOSSÉ, ✲, ✠ A.
Clinique chirurgicale	JEANNEL, ✠ I.
	CHALOT, ✠ A.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	AUDRY, ✠ A.
Clinique des maladies mentales	RÉMOND, ✠ A.
Pharmacie	DUPUY, ✠ I.
Chimie et Toxicologie	FRÉBAULT, ✠ I.
Matière médicale	BRÆMER, ✠ I.
Histoire naturelle	LAMIC, ✠ I.

CHARGÉS DE COURS.

Anatomie topographique	MM. SOULIÉ
Physique	MARIE. ✠ A.
Chimie	ALOY, ✠ A.
Histoire naturelle	SUIS, ✠ A.
Médecine légale	GUILHEM, ✠ A.
Bactériologie	MOREL, ✠ A.
Clinique des maladies des enfants	BÉZY, ✠ A.
Clinique obstétricale	AUDEBERT.
Clinique ophthalmologique	FRENKEL.
Hydrologie	GARRIGOU, ✠ I.
Pathologie expérimentale	MAUREL, O. ✲, ✠ I.
Cours élémentaire aux Sages-femmes	AUDEBERT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

Pathologie interne et Médecine légale	MM. MOREL, ✠ A.
	RISPAL.
	FRENKEL.
Chirurgie	BAUBY.
	CESTAN.
Accouchements	AUDEBERT.
Anatomie et Histologie	SOULIÉ.
Physiologie	BARDIER, ✠ A.
Chimie	N
Physique	CLUZET.
Pharmacie	RIBAUT.

Secrétaire de la Faculté ..... M. CHAUDRON, ✠ I.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 mai 1891).

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Docteur JEANNEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

AVANT-PROPOS

Sur le point de quitter la Faculté où s'est écoulée notre vie d'étudiant, c'est un devoir pour nous d'acquitter la dette de reconnaissance que nous y avons contractée.

De tous ceux qui, à la Faculté ou dans les Hôpitaux, ont été nos maîtres, nous garderons un impérissable souvenir.

Mais à ceux dont nous avons été l'élève durant nos deux années d'externat, particulièrement à M. le doyen CAUBET, *nous devons un témoignage spécial de notre gratitude.*

Les quelques mois qu'il nous a été donné de passer au sercice de M. le professeur JEANNEL *compteront parmi les plus fructueux et les plus agréables de notre passage dans les Hôpitaux. Nous serons toujours honoré d'avoir été l'élève d'un maître aussi universellement estimé.*

En acceptant aujourd'hui la présidence de notre thèse, il augmente encore nos obligations envers lui; nous lui adressons l'hommage de nos plus sincères remerciements.

M. le professeur RÉMOND *n'a jamais cessé de nous prodiguer ses encouragements; rien ne nous fut plus précieux que ses magistrales leçons, si ce n'est le gracieux intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner.*

Nous avons recueilli, dans les remarquables enseignements et au service de MM. les professeurs agrégés CESTAN *et* BAUBY, *de très importants principes que nous nous efforcerons d'appliquer.*

MM. les professeurs GUILHEM *et* MOREL *nous permettront de leur rappeler combien, en toutes circonstances, ils surent délicatement nous exprimer une bienveillance éclairée et persistante dont nous sommes profondément touché.*

M. le professeur LABÉDA *a droit à ma gratitude en m'accordant spontanément son attention sympathique, en souvenir des affectueuses relations qui l'unissaient à mon père.*

Nous sommes heureux de dire combien nous furent précieux les bienveillants conseils que nous donnèrent, au cours de nos études, MM. SOREL, BUY, CASTAING *et* SARDA.

INTRODUCTION

Ayant eu, dans le courant de l'été dernier, l'occasion de voir, dans le service de M. le Professeur Jeannel, un cas d'atrésie des voies génitales, nous avons eu l'idée d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous n'avons pas la prétention de faire œuvre originale. Cette question, du fait même de son importance, ayant déjà suscité de nombreux travaux, nous avons simplement voulu faire une rapide étude d'ensemble des différents cas qui peuvent se présenter.

Dans un premier chapitre nous exposons les idées des différents auteurs, au point de vue embryologique des organes génitaux de la femme, arrêtant la question aux intéressants travaux de MM. Tourneux et Legay.

Le second chapitre contient la division, basée sur l'anatomie pathologique, des différentes malformations.

Le troisième contient l'étude des symptômes qui nous permettront, dans le chapitre suivant, d'établir le diagnostic.

Ces malformations ayant des connexions intimes avec la grossesse et l'accouchement, nous essayons de montrer dans le cinquième chapitre quels sont les cas de dystocie qu'elles peuvent amener et quelle est la conduite à suivre en pareille occurence.

Nous consacrons, enfin, le sixième chapitre à l'étude

des divers traitements qui ont été institués, nous efforçant de démontrer quels sont les plus rationnels suivant les malformations qui se présentent.

Nous réunissons en fin de thèse un certain nombre d'observations qui nous ont paru plus particulièrement intéressantes.

Nous devons dire, en terminant, combien a été rendue facile la tâche que nous nous sommes imposée, grâce aux conseils de notre ami le Dr Dieulafé, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, ancien assistant de M. le Professeur Jeannel, qui non seulement a eu l'obligeance de nous communiquer l'observation inédite que nous transcrivons plus loin, mais qui nous a encore guidé de ses précieux renseignements et a mis à notre disposition une grande partie de ses notes bibliographiques. Qu'il nous soit permis de le remercier ici publiquement.

CHAPITRE PREMIER

Embryologie

Frappés par la simplicité de la cavité utéro-vaginale et par la duplicité des canaux de Müller, les premiers observateurs qui étudièrent le développement de l'utérus et du vagin firent tout d'abord dériver ces deux organes du sinus urogénital.

D'après cette hypothèse, dont le plus fervent défenseur fut Rahtke, les canaux de Müller fournissaient les oviductes et les cornes de l'utérus : « La portion du sinus urogénital où viennent déboucher, près l'un de l'autre, les oviductes sur les fœtus femelles, ne tarde pas à proéminer en arrière, sous forme d'une excroissance arrondie dont l'extrémité antérieure, plus effilée, se continue avec les oviductes. La saillie précédente ne donne pas seulement naissance au vagin, mais elle fournit encore le col et le corps de l'utérus. » *Entwickelungsgeschichte der Wirbelthiere*, Leipzig, p. 181.

Pour Müller, au contraire, l'utérus dérivait des canaux de Müller, mais, comme Rahtke, il faisait dériver le vagin du sinus urogénital : « La portion des conduits de Müller attenante au corps de Wolff demeure rectiligne et devient la trompe, tandis que la portion inférieure se

transforme en corne de l'utérus. En bas, les deux conduits se fusionnent en un canal unique : l'utérus. »

Valentin, dans *Handbuch der Entwickelungsgeschichte des Menschen*, Berlin, 1835, présente aussi le sinus urogénital comme l'origine du vagin; mais, d'après lui, il y avait une fissuration longitudinale en vertu de laquelle la portion supérieure de ce sinus se divisait de haut en bas en deux conduits : l'un antérieur, le canal de l'urèthre, et l'autre postérieur, le vagin.

Bischoff fut le premier qui réagit contre l'opinion de Rahtke et qui ne fit pas dériver utérus et vagin du sinus urogénital : « Il n'est qu'un seul point, dit-il, de cette description si précise donnée par Rahtke que je ne puis admettre ; je n'ai pu acquérir la conviction qu'il se produisit une bosselure à l'endroit de l'insertion des conduits excréteurs des organes sexuels dans le sinus urogénital. Il m'a semblé plutôt que ces canaux s'épaississaient seulement à leurs extrémités et que de là naissait l'apparence d'une bosselure ; du moins, ai-je toujours cru apercevoir une cloison dans les coupes que j'ai pratiquées. » (*Développement de l'homme et des mammifères*, traduct. franç., 1843, p. 374.)

Mais c'est surtout Tiersch, Leuckart, Kolliker, Livius, Furst et Dohrn, qui nous donnèrent des notions précises sur le mode de fusion des extrémités inférieures des conduits de Müller.

Pour Tiersch, la fusion des conduits de Müller commence par leurs extrémités inférieures, pour remonter jusqu'à la séparation des canaux de Wolff, c'est-à-dire qu'elle s'opère sur toute l'étendue du cordon génital : « La cavité commune des canaux de Müller devient l'utérus et le vagin. La séparation, entre ces deux organes, n'est pas encore visible sur les fœtus humains de trois pouces. Quant à la séparation entre la corne de l'utérus

et la trompe, elle est indiquée par le point d'origine du ligament de Hunter. » (Bildungsfehler der Harn und Geschlechts organes eines mannes. *Illustrirte med. Zeitung*, 1852, Bd. I.)

Leuckart (art. Zeitung *Physiologie de Wagner*, 1853, t. IV), fait également provenir l'utérus et le vagin des conduits de Müller ; sa description concorde avec celle de Tiersch : « Les conduits de Müller se fusionnent sur la ligne médiane, en commençant par leur point d'insertion. »

MM. Tourneux et Legay, dans un mémoire publié, en 1884, dans le *Journal de l'Anatomie*, ont démontré, d'après des observations nombreuses, que l'utérus et le vagin se forment aux dépens des extrémités inférieures des canaux de Müller. Pour donner une idée suffisante de leur travail, nous en résumerons les conclusions.

I. — Le vagin et l'utérus (corps et cornes) sont développés aux dépens des segments inférieurs des canaux de Müller compris entre le sinus urogénital et les insertions Wolffiennes des ligaments de Hunter (ligaments ronds). Ces deux segments se fusionnent sur la ligne médiane, en un canal unique, désigné par Leuckart sous le nom de canal génital ou utérovaginal ; leurs parties supérieures divergentes, situées entre le sommet du cordon génital et les ligaments ronds, fournissent les cordes utérines.

II. — Chez la plupart des mammifères et aussi chez l'homme, les extrémités inférieures divergentes des conduits de Müller se fusionnent en dernier lieu. La trace de cette divergence primitive, quand elle persiste chez la femme adulte, se traduit par l'existence d'un hymen double, ou mieux d'un hymen percé de deux orifices qui donnent accès dans un vagin unique.

III. — La fusion des conduits de Müller débute soit à la partie moyenne du cordon génital (porc, souris), soit à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs (mouton), puis elle progresse à la fois en haut et en bas.

IV. — Les extrémités inférieures des canaux de Wolff participent à la formation du canal génital en se fusionnant avec les conduits de Müller et l'extrémité inférieure du canal génital résultant ainsi de la fusion des canaux de Wolff et de Müller, est primitivement pleine, sans lumière centrale.

V. — Supérieurement, la fusion des canaux de Müller s'étend jusqu'au sommet du cordon génital. La bifidité plus ou moins accusée de l'utérus, suivant les espèces, résulte uniquement de ce fait que la limite entre le vagin et l'utérus a remonté plus ou moins haut dans le cordon génital.

Chez le fœtus humain, le fond de l'utérus empiète progressivement sur les cornes horizontales, qui disparaissent ainsi de dedans en dehors pour fournir à son élargissement ; l'utérus est bicorne jusqu'au milieu du quatrième mois lunaire.

VI. — Au commencement du quatrième mois lunaire, chez le fœtus humain, la portion inférieure ou vaginale du canal génital (moitié environ) est tapissée par un épithélium pavimenteux stratifié qui se continue par une transition graduelle avec l'épithélium de la portion supérieure ou utérine. Ces variétés épithéliales résultent de modifications locales de l'épithélium primitif des conduits de Müller.

VII. — A mesure que le canal génital s'allonge et s'aplatit d'avant en arrière dans sa portion vaginale,

les parois épithéliales opposées du vagin s'accolent et se soudent de bas en haut. Au commencement du cinquième mois lunaire, la lame épithéliale résultant de cette soudure et comblant la cavité vaginale dans toute sa hauteur, donne naissance, par son extrémité supérieure, un peu au-dessous de la transition épithéliale, à un bourgeon lamelleux figurant une cupule aplatie d'avant en arrière qui s'enfonce dans l'épaisseur des parois du canal génital et y dessine un mamelon de même forme, représentant la portion vaginale du col de l'utérus.

Cette multiplication exagérée des éléments de la lame épithéliale ne déterminent pas seulement la dilatation transversale du vagin ; mais, s'exerçant également dans le sens de la longueur, elle modifie supérieurement la forme du museau de tanche et des culs-de-sac qui la limitent, et, d'autre part, refoule l'extrémité inférieure rétrécie du vagin dans le vestibule Cette saillie, qui est la saillie hyméniale, s'accuse très rapidement vers la fin du cinquième mois lunaire. La résorption de cette grande masse épithéliale qui se produit peu à peu laisse à la place du cordon une cavité qui aura désormais des dimensions considérables et dans laquelle le col utérin fera une saillie très accentuée.

C'est vers la fin de la première moitié et la seconde moitié de la grossesse que s'accuse l'hymen, comme l'ont signalé Meckel, Valentin et Kœlliker. D'après notre maître, M. Tourneux, cette membrane peut être considérée comme une transformation du renflement primitif que traversent les conduits de Müller pour s'ouvrir dans le vestibule. Peu élevée à son origine, la saillie hyméniale reste stationnaire pendant les quatre premiers mois de la grossesse ; elle semble même s'effacer complètement vers la fin du quatrième mois. L'hymen ne prend sa forme caractéristique et ne devient en réalité saillant

dans le canal vestibulaire qu'au moment de la dilatation du vagin par accumulation des cellules épithéliales pavimenteuses. Cette dilatation se fait assez brusquement entre les longueurs de 16/23,5 et 19/20 (fin du cinquième mois lunaire), alors que le diamètre transversal du vagin l'emporte de beaucoup sur celui de l'orifice hyménial. Les éléments de la lame épithéliale qui comble à cette époque la lumière du vagin, se multiplient rapidement et distendent le conduit en même temps qu'ils refoulent en bas la saillie hyméniale : aussi l'hymen acquiert-il rapidement sa forme définitive, et c'est lorsque la fusion des extrémités inférieures des conduits de Müller ne s'est pas opérée, que la saillie hyméniale présente deux orifices qui donnent accès dans une cavité vaginale unique.

On peut, en s'appuyant sur le travail que nous venons de reproduire, se faire une idée de la façon dont se produisent les malformations qui vont nous occuper dans le chapitre suivant ; ce sont, en effet, des arrêts de développement, des défauts de résorption des membranes ou des tissus normalement appelés à disparaître au cours de la vie embryonnaire.

Comme nous l'avons vu plus haut, les canaux de Müller, au niveau de leur partie inférieure, donnent par leur fusion une ébauche qui comprend deux segments d'évolution différente, deux organes bien distincts par leurs dimensions et par leur forme, ce sont l'utérus et le vagin.

Le défaut de fusion des deux conduits de Müller, explique la bifidité de l'utérus, la duplicité du vagin, toutes malformations atteignant des degrés variés.

Si dans certaines régions du vagin la lame épithéliale ne prolifère pas, nous aurons, après résorption, des parties larges séparées l'une de l'autre par des parties rétrécies qui persistent plus tard sous forme de cloisons transversales.

L'hymen est formé par l'extrémité inférieure du vagin doublées extérieurement par la muqueuse vestibulaire. Le défaut de résorption des cellules épithéliales au niveau de l'éminence hyméniale, entraîne l'imperforation de l'hymen.

CHAPITRE II

Les malformations des voies génitales sont fréquentes ; nous avons surtout en vue les cas où il s'agit d'occlusion ou d'atrésie de ces voies et plus particulièrement de ceux où des accidents de rétention menstruelle mettent la malade en danger et imposent une intervention chirurgicale. C'est à propos d'un cas dont nous avons été témoin dans le service de M. le professeur Jeannel, que nous avons eu l'idée de faire une étude rapide de ces malformations.

Les malformations qui nous intéressent peuvent occuper divers segments des voies génitales ; nous les diviserons tout d'abord en cas simples et cas compliqués.

Cas simples	Absence de vulve. Soudure des grandes lèvres. Imperforation de l'hymen. Cloisonnement transversal du vagin. Etroitesse extrême du conduit vaginal. Atrésie vaginale. Absence d'un segment du vagin ou du vagin entier. Imperforation du canal cervical.
Cas compliqués	Vagin et utérus doubles un des conduits étant imperforé. Utérus didelphe, bicorne et imperforation de l'un des organes.

Au point de vue de la gravité des cas, nous considérerons deux ordres de faits :

1° L'utérus fonctionne et est bien développé.

2° L'utérus est atrophié ou fait défaut. { *a*) Absence d'ovaires ou ovaires rudimentaires. *b*) Ovaires normaux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. Hymen imperforé.

Les organes génitaux externes sont bien développés ; mais, dans l'exploration, le doigt se trouve brusquement arrêté par une membrane la plupart du temps dépressible. Les organes génitaux externes étant normaux, quand arrive l'âge de la puberté, le sang des règles s'accumule et donne naissance à une tumeur. C'est dans ces conditions le plus souvent que la malformation est reconnue. (Jonathan Hulchenson, Emmet, Mathews Duncan, Oziecki, Defontaine, Clay, Baker, Pirotais, Bækel, Hope, Dohrn, Chadwick, Hergott, Prevost, Vidal, Rennert, Martinet, Tompson, Watts, Segond, Esipoff, Monks, Dohrn, Segond).

Dans d'autres cas, l'hymen présente un léger pertuis central, mais son épaisseur et sa résistance sont telles, qu'il s'oppose à la défloration. (Delens, Desprès.)

L'imperforation de l'hymen peut être observée au moment de la naissance ou quelque temps après, par suite de rétention de liquides muqueux ou séreux, d'origine utérine à l'intérieur du vagin et donnant lieu à une dis-

tension amenant des troubles de compression (Vitrac) et le plus souvent à une rétention de peu d'importance. (Pozzi, Michaux, Legueu, Howard Kelly, Godefroy, Breisky).

La conception est cependant possible dans certains cas. (Zinsstag.)

II. Imperforation de l'extrémité du vagin.

Comme dans les cas d'imperforation de l'hymen, une tumeur fluctuante fait saillie entre les petites lèvres, mais cette poche est située en arrière de l'hymen qu'elle refoule et qu'elle fait bomber. L'hymen existe et l'on peut en retrouver les bords libres se détachant nettement sur la tumeur. Il s'agit d'une cloison retrohyméniale (Turgaud, Emmet). Puech, en se basant sur les recherches embryologiques de Dohrn, pense que les imperforations de l'hymen sont plus rares qu'on ne le croit : il s'agirait la plupart du temps d'une atrésie de la partie inférieure du vagin; en effet, les atrésies se montrent surtout au début du développement et l'hymen n'apparaît qu'à la dix-neuvième semaine.

A cette époque, les atrésies se montreraient très rarement, sans doute parce que le vagin possède un calibre assez considérable et que la secrétion de ses parois est assez abondante pour empêcher la production de ces phénomènes.

Il semble néanmoins qu'on ne doive considérer comme atrésie de l'extrémité inférieure du vagin que les cas où il est possible de reconnaître l'hymen en avant de la cloison.

III. Cloisonnement transversal du vagin

Les cloisons peuvent siéger à des degrés variés dans le vagin. On n'en trouve généralement qu'une; la cloison est complète et donne lieu dans ce cas à des accidents de rétention (Delisle, Sabathier, Locatelli, Textor, Upshur, Guillemeau, Beyran, Schuh, Piachaud, Boens, Thompson, Leeming, Thompson); certaines cloisons sont incomplètes et permettent l'écoulement des menstrues. (Jarjavay, Rossignol). Dans certains cas, elles ont permis la fécondation, puis ont donné lieu à de la dystocie. Roth, Fristo, Pilat).

Le mode de développement du vagin donne une indication sur le lieu d'élection le plus fréquent des cloisons vaginales. La fusion des canaux de Müller commence entre le 1/3 moyen et le 1/3 inférieur, c'est-à-dire à un endroit correspondant au segment supérieur du vagin. C'est le point où s'observent le plus fréquemment les atrésies; à la partie inférieure du vagin, un peu avant la formation de l'hymen, les parois se rapprochent l'une de l'autre et les cloisons membraneuses à ce niveau s'expliqueraient par ce processus.

IV. Atrésie et absence de vagin.

Le vagin peut être d'une étroitesse extrême, filiforme (Symington Brown, Chadwick, Doleris, Payne, Léopold, Smith, Taylor); manquer dans une portion (Chadwick, Nieberding, Jacobi, Laas, Kryehmann, Bircher, Lefort, Emmet) ou en totalité (Thomas, Rheinstœdter, Azéma, Langenbeck, Sokoloff, Villar, Girard, Desprès, Puntous, Lallement, Psalltoff, Fletcher, Amussat).

L'absence de tout le vagin ou d'une partie seulement se distingue de l'occlusion simple par l'existence d'une corde, qui représente la partie du vagin qui ne s'est pas développée. Cette corde est étendue de la vulve à la partie inférieure du vagin, fermé en cul-de-sac ou bien, dans le cas d'atrésie vaginale complète, jusqu'à la région de l'utérus.

L'absence de vagin peut être encore plus absolue ; il n'existe même pas de corde vestigiale, l'utérus s'ouvre directement à l'intérieur (Tillaux).

V. **Sténose du col utérin.**

Le vagin est normal, profond, libre, mais on trouve un col utérin atrophié, présentant parfois des tubercules sans orifice perceptible (Hergott, Desprès).

L'absence du col peut même coïncider avec l'absence du vagin (Azéma).

VI. **Cas complexes.**

Dans ces cas complexes se rangent les duplicités de l'utérus et du vagin. Le cas le plus simple est celui où une corne utérine est le siège de la rétention (Olshausen, Holst, Hertzfelder, Otto, Brans, Burq, Freund). Dans d'autres cas, l'utérus est double, soit qu'il présente une cloison longitudinale, soit qu'il existe en réalité deux utérus séparés l'un de l'autre ; un des deux cols utérins peut être imperforé et provoquer la rétention (Jones, Thüngel, Weber, Champneys, Desprès, Jeannel, Delbet, Galabois, Staude, Frendenberg).

Dans certains cas assez fréquents, l'utérus et le vagin

sont doubles. Chaque vagin et chaque utérus peuvent être bien conformés, perméables et ne donner lieu à aucun accident (Braun-Ferwald, Herman, Schuhl, Schlutins, Meurer). Un des deux utérus peut être imperforé. Un des deux vagins peut être cloisonné ou incomplètement développé et on a, à côté d'un utérus et d'un vagin à peu près normaux, un utérus et un vagin qui prennent la même importance pathologique que les cas où le vagin unique est atteint des mêmes malformations (Simon, Breisky, Berenius, Neugebauer, Otto, Brans, Freund).

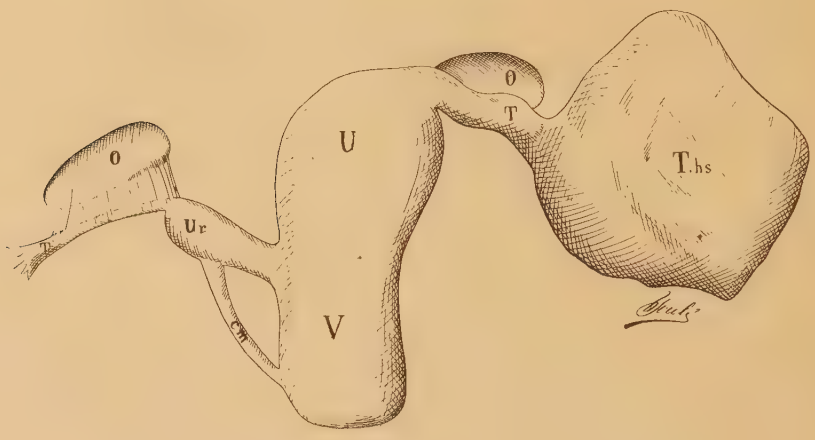
Un des vagins peut être normal, l'autre, imperforé, recevoir les deux utérus.

Dans les cas les plus complexes, il existe une grande différence de dimension entre les deux utérus et les deux vagins, ces derniers étant tous deux malformés.

C'est dans cette catégorie que nous pouvons ranger le cas que nous avons observé dans le service de M. le professeur Jeannel et dont nous donnons une planche due à la plume habile et très obligeante d'un ami, M. le docteur Soulé. Elle représente les organes extirpés tels qu'ils étaient aussitôt après l'opération pratiquée par notre maître. Il existe sur cette pièce un utérus et un vagin ayant atteint de grandes dimensions par suite de l'accumulation du sang dans leur cavité. Le vagin est incomplet, sa partie inférieure fait totalement défaut et il est absolument clos. L'utérus a des dimensions anormales, mais il ne présente qu'une corne, celle de gauche, en relation avec la trompe de Fallope. Cette trompe est elle-même très distendue par un amas de sang. L'ovaire du côté gauche a des connexions à peu près normales avec la trompe et l'utérus.

Du côté droit, le fond de l'utérus n'est pas en communication avec une trompe. Mais, à la limite inférieure de

l'utérus, au niveau de l'insertion du vagin sur cet organe, on voit s'insérer un deuxième utérus, très petit, rudimentaire, imperforé. A cet utérus et au niveau du fond de l'organe s'insère une trompe de très petit calibre à laquelle se rattache un ovaire normal. L'utérus rudimentaire présente vers le milieu de son bord droit, ou mieux



de son bord inférieur, l'insertion d'un canal qui, d'autre part, se relie au vagin ; il s'agit là d'un petit vagin à peine ébauché, de la partie vaginale du canal de Müller du côté droit non fusionnée avec celui du côté opposé.

En somme, dans ce cas, les deux conduits de Müller sont restés indépendants l'un de l'autre ; leurs extrémités inférieures ne se sont pas développées, d'où imperforation des deux vagins. Celui du côté gauche a suivi un développement à peu près normal, et les dimensions particulières que présentent aujourd'hui la trompe, l'utérus et le vagin qui en dérivent, sont dues à la rétention sanguine. Le canal de Müller, du côté droit, atrophique dans toute son étendue, donne trois organes rudimentaires : trompe, utérus, vagin ; une soudure s'est établie entre les deux conduits de Müller, à un

niveau correspondant à gauche aux culs-de-sac vaginaux, à droite à la partie inférieure du petit utérus. Les artères correspondantes à chacun de ces deux utérus sont très différentes comme dimensions; celle du côté gauche a une grosseur normale, celle du côté droit est filiforme. A l'autopsie à laquelle nous avons assisté, nous avons nettement aperçu l'utérine gauche naissant de l'ombilicale, et le rudiment d'utérine droite procédant de l'obturatrice.

VII. **Absence de l'utérus.**

L'absence de l'utérus a été observée dans certains cas (Girard, Marcq), de même que l'absence des ovaires (Chadwick, Rheinstœdter), ou l'absence du vagin (Emmet, Nicaise, Chadwick, Puntous, Lallement, Villar, Warner, Sims, Bircher, Thomas, Polaillon). En outre des anomalies utérovaginales, les organes internes, ovaires et trompes, peuvent présenter des déplacements assez considérables ; c'est ainsi qu'on les a trouvés dans des hernies. (Legueu.)

CHAPITRE III

Symptômes.

Les cas où la malformation est reconnue de bonne heure sont assez rares ; en effet, les organes génitaux externes sont, dans la majorité des cas, normalement développés, et il faut des accidents pour que l'attention soit attirée vers les voies génitales. Dans l'observation de Vitrac, nous trouvons un nouveau-né chez qui l'accumulation d'un liquide transparent dans l'utérus et le vagin imperforé, avait donné lieu par compression à une rétention vésicale.

Dans toutes les observations ce n'est que plus tard, à un âge plus avancé, que le diagnostic de l'anomalie est effectué. Deux conditions peuvent déterminer l'apparition des symptômes révélateurs :

I. — Au moment de la puberté, l'établissement de la menstruation donne lieu à des accidents de rétention.

II. — A l'époque où s'éveillent les désirs sexuels ou plus exactement au moment ou la femme ou jeune fille veut les satisfaire, la malformation se révèle par l'obstacle au coït.

I. Troubles de rétention.

Dans le premier cas, la jeune fille arrivée à l'époque de la puberté, éprouve tous les phénomènes de molimen menstruel : pesanteur dans les reins, dans le bas-ventre, malaise général, courbature, coliques, mais l'écoulement du sang ne se produit pas. Plusieurs périodes se passent ainsi, puis, à mesure que la jeune fille voit se répéter les époques menstruelles, les symptômes qui les marquent s'accusent, deviennent pénibles, le malaise fait place à de vraies douleurs, et à un moment donné ces douleurs sont intolérables. Même en dehors des périodes menstruelles, persistent des sensations de pesanteur dans le bas-ventre ; l'attention est attirée de ce côté et l'on constate alors la présence d'une tumeur de volume variable.

Cette tumeur, explorée par la paroi abdominale, se trouve généralement sur la ligne médiane, dans quelques cas au niveau d'une fosse iliaque ; dans l'intervalle des époques douloureuses, l'exploration en est facile, mais au moment des périodes il est difficile de l'atteindre sans éveiller des douleurs très vives. La tumeur se développe par poussées successives et accroît son volume à chaque nouvelle période menstruelle. La tumeur constatée paraît bien en rapport avec les organes génitaux. Si on examine les parties génitales externes, on peut trouver des signes très importants dans les cas d'imperforation de l'hymen, tels que bombement et saillie de la tumeur entre les petites lèvres. Dans d'autres cas, où l'obstacle siège plus haut, on n'obtient aucun renseignement de l'exploration de la vulve. Les grandes et les petites lèvres, ainsi que le vestibule, sont bien conformés, mais il n'existe qu'une dépression peu profonde.

Le moyen le plus sûr d'obtenir tous les renseignements possibles sur le siège de la tumeur et sur l'état des organes génitaux internes est de faire une exploration digitale par le rectum pendant qu'on introduit une sonde dans la vessie. On peut ainsi juger de l'état des tissus intermédiaires à ces deux organes et se rendre compte du point où le vagin est clos, de l'étendue de la tumeur, de la présence ou de l'absence de l'utérus et même des trompes et des ovaires. Dans le cas où une partie du vagin fait défaut, on sent, par ce mode d'exploration, une sorte de corde, de travée fibreuse étendue du vestibule vulvaire à la partie inférieure de la tumeur. Cette travée servira de guide lorsqu'on voudra pratiquer une voie artificielle tendant à remplacer la portion de cavité vaginale qui fait défaut.

La tumeur constatée est généralement molle, fluctuante, dans certains cas elle peut être pâteuse.

L'époque où apparaissent les premiers accidents peut être assez variable puisqu'ils sont liés à l'âge de la puberté 11 ans (Polaillon), 12 ans 1/2 (Thompson), 13 ans (Freund) 14 ans (Jones, Jeannel, Brans et Simon), 15 ou 16 ans (Hegar, Neugebauer), 17 ans (Breisky, Neugebauer, Schrœder, Thomas), 18 ans (Beronius, Puech), 19 ans (Puech). Mais l'époque où les accidents sont suffisants pour éveiller l'attention et obligent à consulter un médecin est fort variable et peut suivre de plusieurs mois ou plusieurs années l'apparition des premiers phénomènes.

Dans tous les cas envisagés, aux phénomènes de molimen menstruel manquait le plus important, le plus visible, le plus caractéristique et le plus révélateur, du profond changement qu'apporte la puberté. Et c'est de cette absence d'écoulement sanguin que résulte la tumeur qui donne lieu à tous les troubles douloureux et à toutes les complications. Freund, dans un cas d'utérus et de vagin

double, avec imperforation du vagin droit, a découvert des symptômes graves consistant en douleurs violentes, contractions utérines, frissons, vomissements, coma et délire.

Schrœder fait remarquer que dans les cas d'oblitération de la partie inférieure du vagin ou d'imperforation de l'hymen, l'utérus ne participe pas en principe à la distension ; le sang s'accumule dans le vagin et refoule l'utérus vers le haut, il s'agit là d'hématocolpos. Avec l'imperforation haute du vagin, la stenose du col utérin, on voit l'utérus se distendre lui aussi, c'est l'hématométrie.

Dans les cas complexes, la symptomatologie présente des particularités remarquables ; c'est-à-dire qu'avec deux vagins et deux utérus, l'un des conduits peut fonctionner normalement, les règles s'établir à des époques normales, tandis que de l'autre côté, dans l'autre filière, se préparent les accidents qui se révèlent plus tard par des douleurs et par une tuméfaction. Dans ce cas la tuméfaction est plus difficile à diagnostiquer étant donné qu'elle coexiste avec l'écoulement sanguin. La présence des deux vagins pourra mettre sur la voie. Mais si l'utérus est didelphe ou bicorne avec un vagin unique, on se trouve en présence d'une tumeur, qui ne sera déterminée qu'après bien des réflexions et souvent au cours d'une intervention chirurgicale. M. Jeannel a publié, à la Société de chirurgie, un cas dans lequel la rétention dans un utérus bifide coïncidait avec un vagin étroit et un gros clitoris à rainure inférieure d'où partaient deux brides vestibulaires, et donnait lieu à une tumeur fluctuante diagnostiquée d'une façon précise.

Les symptômes plus rares notés dans les cas d'atrésie utéro-vaginale, consistent en sensations de pesanteur du côté du rectum, constipation, ou bien en phénomènes vésicaux, tels que la fréquence de la miction due à

l'extension prise par la tumeur sanguine ou au contraire la rétention d'urine qui est notée dans l'observation de Vitrac et qui avait donné lieu, chez un nouveau-né, à une distension énorme de la vessie. Celle-ci contenait 450 cent. d'urine. Il s'agissait dans ce cas d'un hydrométrocolpos congénital. Le volume des deux organes utérus et vagin distendus, étaient considérables et formaient à eux deux une tumeur longue de douze centimètres et large de six. L'imperforation de l'hymen était cause de la rétention d'un liquide hydromuqueux.

Dans les cas où l'occlusion est incomplète (cloison transversale du vagin ou hymen présentant un pertuis), il peut se faire un écoulement sanguin, mais il est peu abondant et insuffisant pour éviter la rétention qui, dans ce cas est plus longue à se produire et est moins douloureuse. Dans l'observation de Rossignol, il existait une cloison transversale du vagin présentant un petit orifice, et la menstruation ne devint difficile et douloureuse que le jour où des mucosités abondantes, résultant d'une inflammation du vagin, eurent obstrué l'orifice.

Des hémorragies supplémentaires peuvent se produire : hémorroïdes (Burq), issue du sang par l'urèthre (Desprès, Langenbeck, Martinet), hématémèses, hémorragies périodiques par le nez et la bouche (Thompson), écoulement du sang par le rectum (Beyron).

On observe souvent des troubles nerveux, épilepsie et vaginisme dans le cas de Burq.

Leeming a opéré une femme de 19 ans, chez qui la masse du sang accumulée formait une tumeur plus grosse qu'une tête fœtale ; cette femme est devenue enceinte et a donné lieu à cette observation spéciale et intéressante, qu'étant à demi idiote avant l'opération, elle est devenue active et intelligente.

Complications.

Les cas de rétention dans l'utérus et le vagin peuvent se compliquer d'hématosalpinx et plus tard d'écoulement sanguin par les trompes dans le péritoine, ou bien de rupture de la poche tubaire.

Les cas de rupture du vagin ou de l'utérus sont exeptionnels. Emmet signale le danger que fait courir à la malade l'issue du sang par les trompes.

D'après Schrœder, plus haut est situé le siège de l'atrésie et plus est rapide le développement des poches sanguines à l'intérieur des trompes. Léopold a vu la rétention sanguine se faire simultanément dans les deux trompes.

Meyer, dans des canaux génitaux simples atrésiés, trouve, sur trente-neuf cas, vingt-neuf cas de bilatéralité des lésions tubaires, tandis que, dans les canaux génitaux doubles, il trouve trente-trois fois l'unitéralité et deux fois seulement la bilatéralité.

Ces hématômes tubulaires, d'après Olshausen, sont dus non pas au reflux du sang de l'utérus, mais à des hémorragies propres de la muqueuse tubaire. Il semble que l'obstacle, apporté à la sortie du sang menstruel venant de la muqueuse utérine, provoque une menstruation supplémentaire de la part de la muqueuse des oviductes. Au reste, il n'est pas sûr (Hopneier) que la muqueuse tubaire ne participe pas normalement à la menstruation; cet auteur signale un cas où le sang s'écoulait par les trompes à chaque menstruation. D'autres auteurs (Terrillon, Landsberg, Thomson) ont pu surprendre cet écoulement sanguin; d'autres (Landau, Rheinstein) ont constaté l'infiltration hémorragique de la trompe.

Windeler, Bond, crurent à une menstruation tubaire ; néanmoins, beaucoup de gynécologistes pensent qu'il ne s'agit pas là d'hémorragies physiologiques, mais de salpingorragies pathologiques.

Le sang épanché dans les trompes peut s'écouler par l'ouverture abdominale et aller irriter le péritoine donnant lieu à la production d'adhérences qui, plus tard, brideront une hématocèle.

Le cas observé dans le service de notre Maître M. le Professeur Jeannel, nous offre une symptomatologie clinique en même temps que la plus fréquente des complications : l'hématométrie.

II. **Obstacle fonctionnel**

La femme ou jeune fille quoique en apparence bien conformée n'a pas éprouvé de phénomènes de molimen menstruel, les règles n'ont pas encore paru et si elle a éprouvé des malaises périodiques, ils ont été légers et trop peu douloureux pour attirer et retenir son attention. Mais elle a éprouvé des désirs sexuels, ou bien s'est mariée. Dans les deux cas le coït est tenté et c'est alors que la malformation se révèle par l'impossibilité d'accomplir l'acte.

Les cas d'imperforation de l'hymen, de cloisonnement de la partie inférieure du vagin ou l'absence de cet organe peuvent seuls produire ces phénomènes. Parfois, après la première tentative de rapprochement, mais le plus souvent après un temps plus ou moins long, un médecin est consulté et c'est alors que l'anomalie est découverte. Souvent, le coït incomplet se répète et arrive à créer au, niveau de la dépression vestibulaire, un cul-de-sac de profondeur très restreinte. D'autres fois, c'est dans l'urèthre qu'il est

pratiqué et les époux restent longtemps sans se douter de la voie anormale qu'ils ont suivi. Dans un cas de Payne, c'est par l'anus qu'avait lieu le coït; le rectum communiquait largement avec le vagin, une grossesse survint et on ne reconnut l'anomalie qu'au moment de l'accouchement.

Des accidents menstruels brusquement apparus, ou l'aggravation d'accidents peu intenses et restés inaperçus jusqu'à ce jour, le regret de n'avoir pas d'enfants, amènent après, un temps variable, ces malades auprès d'un chirurgien. Parfois, la malformation a des conséquences plus graves; dans un cas d'Esipoff, l'urèthre fut déchiré au cours du premier coït et cette rupture donna lieu à une hémorragie assez abondante.

Il existe des cas au contraire où le coït a pu s'effectuer suffisamment, sans intéresser les dimensions du canal uréthral. Desprès a observé une prostituée de 23 ans, dépourvue de vagin et qui ne se plaignait que de vomissement de sang.

Dans beaucoup de cas, les désirs sexuels étant assez intenses, la femme ou jeune fille va demander avec insistance qu'on la mette en état de les satisfaire, et après une intervention suivie de succès, on voit cette femme devenir mère; il s'agit ici de cas où les organes génitaux sont tout à fait normaux. Mais il existe des cas assez nombreux où la femme est dépourvue d'utérus ou d'ovaire, ou bien ne possède ces organes qu'à l'état rudimentaire et dans lesquels elle vient pourtant réclamer une intervention « qui la rende comme les autres femmes ».

Des troubles nerveux apparaissent parfois chez la femme préoccupée de son imperfection. Boëns a vu une femme porteuse d'une cloison vaginale et atteinte de chloro-anémie tenace qui, à la suite de l'incision de la cloison, vit disparaître sa chloro-anémie et devint enceinte

quelques mois après l'intervention. Schlezinger, chez une jeune fille dont les troubles psychiques allaient jusqu'à des idées de suicide, vit disparaître les accidents nerveux, en créant un vagin artificiel.

Chez une malade d'Albertin, après l'opération, l'état mental (tendances lypemaniaques) fut très amélioré.

Les malades atteintes de ces malformations sont, comme nous l'avons déjà dit, en apparence normalement constituées et certaines ont même de très belles formes.

L'habitus masculin est signalé dans un cas de Rheinstœdter. D'autres malformations coïncident, parfois, avec les malformations génitales, comme dans l'observation de M. le professeur Jeannel. Buraud a observé aussi un cas où il existait un pouce supplémentaire.

Il faut diviser tous ces cas d'obstacles fonctionnels en deux ordres :

Dans la première catégorie, la femme est impuissante à accomplir l'acte vénérien, mais elle a des organes internes qui lui permettent de devenir mère.

Dans la deuxième, la femme est impuissante et vouée à la stérilité.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Nous pouvons distinguer deux cas :

I. L'attention est attirée vers les organes génitaux par des symptômes nets de rétention menstruelle, ou par l'impossibilité au coït.

II. Les symptômes de rétention, survenant chez une malade encore jeune, ne font pas penser tout de suite à une malformation génitale, ou bien l'accumulation du sang, survenant dans un utérus didelphe ou bicorne ou dans un cas de vagin double chez une femme déjà antérieurement réglée, peut faire croire à une tumeur abdominale (génitale ou autre), ou bien la rétention tubaire s'est produite et la tuméfaction qui en résulte doit être distinguée des tumeurs ou kystes des annexes. Néanmoins, dans tous les cas où la malade n'a jamais présenté de menstruation et où les accidents observés ressemblent aux phénomènes de molimen menstruels, on pense à observer les organes génitaux. L'hématosalpinx n'étant qu'une complication de ces tableaux cliniques sera précédé des symptômes classiques observés dans les autres cas.

Les cas de rétention dans un utérus bicorne, didelphe,

vagin double, offriront seuls une certaine difficulté ; c'est d'avec les tumeurs utérines ou annexielles qu'il faudra les différencier, et cela d'après l'absence des symptômes les plus habituels de ces affections : métrorragie et consistance dure pour les fibrômes, signes de métrite, fièvre, crises de coliques (pour les salpingites), signes de grossesse (pour les hématosalpinx consécutifs à une grossesse tubaire), grande mobilité et absence d'adhérence avec l'utérus (pour les kystes ou tumeurs de l'ovaire).

Un cas de rétention dans un utérus bicorne, avec complications tubaires et écoulement sanguin dans le péritoine, se distinguera difficilement d'une hématocèle pelvienne.

La malformation génitale étant reconnue, quelle en est la variété ?

Ceci sera déterminé par un examen attentif de toutes les parties, par l'étendue et la forme de la tumeur. L'exploration, combinée par le toucher rectal et la sonde vésicale, indiquera l'état de l'utérus et des ovaires. L'absence absolue de tout symptôme de molimen menstruel fera penser à l'absence des ovaires.

Sauf les cas où la tumeur sanguine domine la scène et guide le chirurgien, cas où il n'y a pas de doute sur l'existence des organes internes, ce dernier devra se rendre compte d'une façon exacte de toutes les parties de l'appareil génital.

CHAPITRE V

De la grossesse dans les cas de malformation.

Les malformations hyméniales, vaginales et utérines, soit par l'obstacle au coït, soit surtout par l'imperméabilité d'une partie de leur lumière ne permettent pas la fécondation ; mais que l'obstacle soit levé par une intervention, et on voit survenir dans beaucoup de cas, une grossesse et un accouchement normaux.

Dans certains cas d'occlusion de l'hymen ou de la partie inférieure du vagin, la conception a pu avoir lieu (Isaac Taylor), elle est fréquente avec les cloisons transversales du vagin ; il ne peut s'agir dans tous les cas que de cloisons incomplètes, possédant un léger pertuis, le plus souvent bien caché. C'est au moment de l'accouchement qu'on intervient pour ouvrir la voie.

Bernard a étudié les cas de dystocie qui pouvaient résulter de la présence des cloisons vaginales (cloisons transversales ou longitudinales) ; si l'obstacle est rompu spontanément ou artificiellement, l'expulsion jusque-là retardée, se précipite à partir de ce moment ; l'obstacle étant plus difficile à franchir, la mort de l'enfant peut en résulter ; enfin, avec un obstacle infranchissable, c'est

la rupture de l'utérus et toutes les conséquences qui surviennent.

Huchar résume ainsi la conduite à tenir dans les cas d'atrésie génitale et grossesse ; Pendant la gestation : (*a*) atrésie complète ; aucun traitement ; (*b*) simples rétrécissements ; éviter l'atrésie complète par l'introduction de drains.

Pendant l'accouchement : (*a*) sténose peu prononcée ; décollements digitaux, incisions, débridements ; (*b*) se tenir prêt à intervenir par la voie abdominale.

L'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarienne ou de l'hystérectomie abdominale totale est la seule ressource de l'accoucheur.

Les malformations utérines, utérus double ou bicorne, permettent facilement la grossesse, aussi le cas de dystocie qui en résultent sont assez fréquents. Picot a étudié les divers cas qui peuvent se présenter :

I. — Quand la corne gravide est assez développée, la grossesse va à terme et l'accouchement se fait normalement.

II. — Si le développement de la corne est insuffisant, on observe l'avortement ou la rupture de cette corne.

III. — Si la grossesse se produit dans une corne ne communiquant pas avec le vagin, les choses se passent comme dans une grossesse extra utérine.

IV. — Dans les utérus cordiformes, les présentations transversales sont fréquentes.

Gautrelet a observé, dans les cas de malformation utérine, des présentations vicieuses, des avortements des hémorragies, la rupture prématurée des membranes.

Wurtz conclut de la façon suivante : l'accouchement

et la grossesse dans les cas d'utérus double peuvent être entourés des plus redoutables dangers pour la mère et pour l'enfant. Il ne faut pas s'étonner du grand nombre de terminaisons fatales qui surviennent soit pendant le travail lui-même, soit par suite de la péritonite qui en est si souvent la conséquence. Il y a prédisposition à l'insertion vicieuse de placenta.

Fochier, pour un cas d'utérus bicorne, a dû avoir recours à l'opération césarienne suivie d'hystérectomie. D'après cet auteur, l'épaississement de la paroi à la partie inférieure de l'utérus peut être la cause de rétention dans un grand nombre de cas.

Dans la thèse de Rambaud se trouvent signalés de nombreux accidents : présentations vicieuses, avortement, rupture d'une corne utérine. Cet auteur reproduit un cas de Bayard où la femme possédant un utérus bifide était devenu quatorze fois enceinte sans pouvoir mener à terme une seule grossesse.

CHAPITRE VI

Traitement.

Le traitement doit s'adresser à deux grands symptômes : tumeur par rétention menstruelle; obstacle au coït par imperforation ou atrésie.

Dans les cas d'imperforation de l'hymen on fait une incision longitudinale ou mieux cruciale et on obtient un bon résultat : l'évacuation facile du sang accumulé, la restitution complète de la voie oblitérée.

La ponction suivie ou non d'aspiration est plus simple; mais l'évacuation n'est pas toujours complète et il a fallu souvent la répéter aux menstruations suivantes et l'on a finalement recours au débridement large.

Le liquide qui s'écoule dans ce cas, comme dans les autres malformations plus compliquées, est un liquide sirupeux de couleur chocolat, présentant quelques grumeaux; c'est le contenu de tous les vieux kystes sanguins. Si la poche, une fois ouverte, est mal drainée ou insuffisamment lavée, les accidents septiques surviennent dans des cas très nombreux et l'état de la malade s'aggrave aussitôt. Aussi tous les auteurs insistent-ils sur la nécessité de bien drainer et de faire des lavages. Rennert a même proposé de faire une irrigation continue pendant

plusieurs jours; il a surtout en vue par cette indication, d'éviter les contractions musculaires de l'utérus et des trompes et d'empêcher ainsi les ruptures tubaires au cas d'hématosalpinx. Ensuite, dilatation du trajet situé entre le vestibule et la partie existante du vagin ou bien l'utérus, lorsque ce trajet est légèrement perméable, avec une sonde puis des tiges de laminaire (Smith).

Les mêmes traitements, ponction ou incision ont été appliqués aux cas d'occlusion vaginale pour cloison transversale et aux cas d'atrésie avec absence de développement d'une plus ou moins grande partie du vagin. L'atrésie du col elle aussi a pu être traitée par ponction ou incision.

Avec ces deux procédés on obtient l'évacuation incomplète, avec la ponction simple, complète si l'incision est suivie de drainage et de lavages.

Plus l'atrésie est élevée, plus la ponction deviendra impraticable et plus on aura recours à l'incision. La ponction a été pratiquée par le rectum, par le périnée, par l'abdomen, par la vessie.

En règle générale, les opérations sont plus faciles dans les cas où il existe une tumeur sanguine, qui pourra servir de guide pour arriver jusqu'à l'obstacle, que dans les cas ou la malformation n'aura donné lieu à aucune complication.

L'obstacle étant assez élevé, une simple incision dans la région vulvaire sera insuffisante et il faudra, à la suite, pratiquer la dissection, la dilacération des tissus intercalés entre le vestibule et la partie inférieure de la région normale.

Parfois les accidents de molimen menstruel étant très accentués, donnent lieu à des symptômes très graves qui ne disparaissent pas par la levée de l'obstacle vagino-

utérin. On a même dû recourir à la castration pour éviter des accidents.

Dans les cas où il n'y a pas de tumeur sanguine, la seule préoccupation est de refaire un passage ; et dans ce cas c'est l'incision large le l'hymen, d'une cloison, d'un fond de vagin anormal. Il faudra alors non seulement créer une voie artificielle ou permettre l'accès dans une voie sous-jacente bien conformée, mais on devra s'attacher à maintenir dilatée la voie ou le canal que l'on aura créé.

Nous allons résumer les divers traitements mis en usage dans les cas où il s'agit de créer un vagin, soit qu'on veuille atteindre une collection, soit qu'on veuille permettre le coït. Cette question est d'ailleurs traitée en des travaux assez complets. (Dumitescu, Bonnecaze, Baudry.)

I. — *L'incision* permet l'évacuation d'une poche, mais le retrécissement consécutif est fatal (Hœn, Macfarlane, Maisonneuve). Chez une fille opérée par Richet, le vagin était très dilaté parce que cette personne, sûre de n'avoir pas d'enfant, avait favorisé et maintenu la dilatation par les habitudes conformes à l'état de fille publique qu'elle avait choisi.

II. — *Le refoulement* : inauguré par Amussat, en 1832. On avance lentement, on refoule chaque jour les tissus dans la région vulvaire et on décolle la vessie du rectum. Par ce procédé, il mit quinze jours pour atteindre une collection sanguine. Les résultats définitifs n'étant pas très sûrs et le temps exigé étant très long, ce procédé a été abandonné.

III. — *L'électrolyse* : employée par Lefort, en 1876. Lefort introduisait dans l'infundibulum existant un cylin-

dre de bois portant une embase métallique et son extrémité mise en rapport avec le pole positif d'une pile. Au bout de quinze jours, le métal était arrivé au contact de l'utérus, le vagin était suffisamment long et les règles furent normales.

IV. — *Procédé mixte* : emploi du bistouri aidé du décollement (Dupuytren, Franck, Dolbeau, Da Costa, Tedenat, Mollière, More-Madden, Demons, Lannelongue, Fulton, Binaud). L'opération peut être faite en plusieurs séances, comme l'indiquent Polaillon, Tillaux, Emmet, Gérard-Marchand, ou complète l'opération par des séances de dilatation (Segond, Demons, Ellis).

V. — *Procédés autoplastiques :* Lambeau cutané vulvaire. Dans ce procédé on complète l'opération par incision et décollement en fournissant au canal qu'on vient de créer un revêtement épithélial. C'est ainsi que Hepner faisait, au niveau des téguments du vestibule, une incision en H et il obtenait ainsi deux lambeaux supérieur et inférieur qu'il refoulait dans le conduit.

Picqué dissèque avec soin la muqueuse vestibulaire, elle lui sert à tapisser la partie supérieure du vagin créé. La paroi inférieure est pourvue de peau, qu'on lui amène par glissement, de la région inter-vulvo-anale.

Beaudry applique sur la surface postéro-inférieure du néovagin un lambeau rectangulaire de peau prise sur la surface interne de la grande lèvre gauche.

Le résultat opératoire est meilleur que pour les cas de simple décollement, mais, dans presque tous les cas. après un certain temps, le travail cicatriciel qui se produit au fond du vagin amène un raccourcissement de ce conduit. Les suites immédiates sont bonnes, le coït devient à peu près normal, mais peu à peu il est forcément incomplet,

le vagin ayant tendance à se combler ; néanmoins, il reste toujours un infundibulum.

VI. — *Procédé hétéroplastique.* — Küstner a obtenu un bon résultat en greffant sur les parois du vagin cruenté, la muqueuse intestinale d'un homme auquel il venait de reséquer une anse.

Heliodore de Swiecicki a utilisé la muqueuse intestinale pu lapin.

Mackenrodt a greffé des lambeaux de muqueuse vaginale empruntés à des femmes qu'il venait d'opérer de prolapsus vaginal.

Les lambeaux de muqueuse au lieu d'être transplantés par morceaux peuvent être appliqués en bloc, après avoir été cousus ensemble en forme de tube. Les résultats ont éte bons.

Sneguireff a pratiqué une fois une opération qu'il a appelée restitution du vagin par transplantation de l'anus et du rectum.

On résèque le coccyx, le rectum est décollé, puis attiré le long de la plaie coccygienne. Il est sectionné entre les deux ligatures, le bout supérieur est suturé à l'endroit où se trouvait le coccyx réséqué. Le segment inférieur est fermé à son ouverture supérieure. Dans le deuxième temps, quinze jours plus tard, on refait la fente vulvaire ; l'anneau anal est intéressé dans son épaisseur par une incision qui se prolonge en sens longitudinal jusqu'à l'urèthre ; la muqueuse rectale est suturée aux parties avoisinantes. De cette façon, l'orifice circulaire de l'anus est transformé en une fente longitudinale qui, entourée par les petites lèvres, présente une ressemblance frappante avec l'orifice normal du vagin.

Cette opération fort ingénieuse, n'est évidemment pas à imiter ; détruire le sphincter anal et vouer la malade à

une incontinence presque certaine, des matières fécales, pour obtenir un vagin qui ne sera jamais de premier choix pour le coït, est assurément un résultat déplorable.

Dans le cas où la tumeur sanguine est inaccessible par les voies naturelles ou néoformées, on a recours à une intervention abdominale.

L'hématosalpinx n'est accessible que par la voie abdominale. Dans le cas de molimen menstruel douloureux, coïncidant avec un utérus malformé, ou avec une atrésie vaginale irréparable, on procède à la castration (Langenbeck, Psalltoff, von Meyer, Sænger). L'hématométrie simple due à l'atrésie du col ou à la rétention dans un utérus didelphe ou bicorne, peut être traitée par le curetage; mais, dans certains cas d'utérus didelphe ou bicorne, c'est à une intervention abdominale qu'on a recours.

En présence d'hématométrie dans une moitié d'utérus didelphe, atrésié et d'hématosalpinx, on pratique l'extirpation de la trompe et de la corne utérine. Mais l'hématométrie à un léger degré peut-être respecté; il se résorbe peu à peu une fois les annexes correspondants enlevés. Néanmoins, dans quelques cas les annexes du côté opposé sont suffisants à entretenir la menstruation dans la moitié d'utérus-atrésie, et les accidents ne disparaissent pas. Mainzer, d'après la statistique de Meyer, étant donné le grand nombre de guérison à la suite de castration unilatérale, croit que c'est à cette méthode qu'il faut s'arrêter dans la majorité des cas. Mais de nombreux auteurs ont pratiqué la castration double (Léopold, Czerni, Homans).

Lorsque la corne utérine ou l'utérus-atrésie sont facilement perdiculisables, on n'hésite pas à les enlever.

Lœhlein, dans un cas d'utérus didelphe et d'oblitéra-

tion des annexes du côté droit, a extirpé les annexes et fait une hystérectomie supra vaginale.

Dans l'observation, M. le professeur Jeannel tente d'abord d'arriver sur la tumeur par les voies génitales; il commence à créer un vagin par l'incision et le décollement; mais il ne peut arriver assez haut pour atteindre la collection sanguine, et se décide alors à intervenir par la voie abdominale. Il prend d'autant plus délibérément cette décision, qu'il se sentait libre d'agir par cette voie : la fillette, comme l'indique l'observation, avait une scoliose très prononcée et son bassin devait porter l'empreinte de cette déformation. Si une intervention conservatrice pouvait un jour la rendre mère, là l'attendaient de nouveaux accidents. L'abdomen, une fois ouvert, on se rendit compte de la complexité de la tumeur; il y avait, en effet, hématocolpos, hématométrie et hématosalpinx du côté gauche. D'un autre côté, l'ovaire droit, quoique assez bien développé, était en relation avec une trompe et un utérus atrophiques. L'hystérectomie totale fut pratiquée avec ablation simultanée des annexes. L'incision inférieure ayant porté au-dessous de la tumeur, la partie existante du vagin fut enlevée en même temps et on put recueillir en un seul bloc toute la tumeur formée par les anomalies génitales, comme l'indique la planche qui se trouve plus haut.

Pronostic.

Autant sont simples et peu graves les cas où il s'agit simplement d'enlever une cloison, autant sont graves et compliqués ceux où l'intervention doit être plus complète. On note des accidents d'infection à la simple ouverture des collections sanguines, le plus souvent accidents de

péritonite. Les mêmes accidents se produisent quand on pratique de larges décollements pour atteindre la collection.

Les cas de mort sont nombreux (Delore, Champneys, Galabois, Jones, Holst, Bérénius, Piron, Martinet, Gosselin, Dolbeau, Nieberding, Schuh).

Après l'incision d'une simple cloison ; ou l'ouverture d'un vagin oblitéré en un point quelconque de sa lumière, on note, dans le cas de succès opératoire, des succés thérapeutiques complets (menstruation régulière, grossesse et accouchement normaux). Mais dans le cas où le vagin est sur un trajet assez inaccessible, simplement représenté par un cordon vestigial ou même n'est représenté par rien, à la suite d'un des nombreux procédés de réfection que nous avons signalés, on obtient rarement un canal génital parfait. Après un certain temps, il devient souvent impropre au coït, s'étant rétréci, soit dans le sens de sa largeur, soit dans celui de sa longueur.

Avec les opérations abdominales, castration, hystérectomie, on met la malade à l'abri d'accidents redoutables rupture d'hématomètre ou d'hématosalpinx), à l'abri des douleurs qui la tourmentent, mais on a rarement le moyen de lui permettre de satisfaire normalement les désirs sexuels que suggère la nature.

Indications opératoires.

Nous avons à distinguer plusieurs cas :

I. — Prenons d'abord le plus simple, celui pour lequel la conduite est bien tracée d'avance : il s'agit de phénomènes de molimen menstruel ayant donné lieu à de la rétention, une tumeur sanguine existe. Loin de décroître à chaque poussée menstruelle, cette tumeur augmente

de volume, les douleurs s'aggravent. L'indication est formelle, il faut intervenir. Et c'est alors qu'un diagnostic précis de la malformation vaginale qui a amené la rétention sanguine est nécessaire : c'est alors qu'il faut explorer avec soin pour se rendre un compte exact de chacun des segments l'appareil génital.

Selon la variété de malformation, l'opération sera plus ou moins simple et l'on aura recours aux ponctions, incisions simples, incisions suivies de décollement. Dans ces derniers cas, les tissus refoulés, dilacérés s'écarteront pour livrer un passage qui, non seulement permet d'atteindre la tumeur, mais encore fait espérer pour plus tard la possibilité de l'acte sexuel. Nous savons que pour prévenir l'infection, une fois la collection ouverte, le drainage s'impose et que, d'un autre côté, pour rendre durable le néovagin au point de vue fonctionnel, il faut s'appliquer avec patience et persévérance à en maintenir les dimensions primitives par des séances de dilatation continues.

Dans les cas moins simples, la rétention ayant lieu dans un utérus didelphe ou bicorne, dans les trompes, l'accès par les voies naturelles ne sera plus possible et l'on interviendra par la voie abdominales, faisant, suivant les circonstances, une simple ponction, une hystérectomie partielle ou totale, une salpingectomie.

La plupart des auteurs estiment qu'on doit d'abord ouvrir l'hématomètre. Riedinger est d'un avis opposé ; il conseille de pratiquer d'abord la salpingectomie, puis seulement de créer une voie vaginale pour permettre l'évacuation du sang.

Dans le travail de Marie Dimitreseu, nous lisons : « Il peut arriver que la création du vagin artificiel offre de grandes difficultés et ne puisse être menée à bonne fin ; la laparotomie s'impose d'emblée ».

La salpingectomie double a été pratiquée par Decio, qui a vu diminuer après cette intervention le volume de l'utérus. Une première intervention avait consisté dans l'incision d'une cloison vestibulaire et avait fait constater l'impossibilité d'atteindre la tumeur par la voie vaginale.

II. Dans une deuxième catégorie de cas, il n'y a pas de rétention sanguine, mais les phénomènes de molimen menstruels coexistent avec l'absence d'utérus ; les douleurs dysménorrhéiques font seules les frais des accidents, les ovaires existent, l'intervention est moins pressante. Ce n'est que dans le cas de douleurs trop violentes que, pour remédier aux accidents, on a recours à la castration de Battey. On doit conserver les ovaires dans les cas où l'utérus existe, car on a vu, après la création d'un vagin artificiel, la menstruation apparaître et les douleurs cesser. Fletcher a vu une femme devenir enceinte après la création d'un vagin artificiel dans un cas où l'utérus était rudimentaire et où les fonctions ovariennes n'avaient même pas amené de troubles menstruels.

III. Dans une troisième catégorie de faits, nous placerons les absences de vagin et de molimen menstruel. Par l'exploration on ne trouve pas d'utérus ni d'ovaire. La femme se présente pour réclamer une intervention qui remédie à l'obstacle au coït ; elle n'est poussée que par ses désirs sexuels à se soumettre à une tentative chirurgicale. De l'exploration on conclut que si on arrive à satisfaire ses désirs elle ne pourra jamais devenir mère ; seul le coït sera possible. Cependant la malade insiste pour qu'on tente une intervention qui lui donne satisfaction. Que doit faire le chirurgien? A-t-il la certitude d'arriver à un résultat utile ? Certainement non, car le vagin, qui sera créé par décollement de la cloison vésico-rectale, sera insuffisant pour l'accomplissement de l'acte

vénérien et les parois de ce canal néoformé ne possèderont pas une muqueuse adaptée à sa fonction. Sauf dans certains cas où le vagin créé atteint d'assez grandes dimensions, nous avons vu combien souvent il arrivait à se rétrécir ou même à se combler.

D'un autre côté, l'opération n'est pas sans gravité, car lorsqu'on n'est pas guidé par une collection sanguine et l'utérus n'existant pas ou étant rudimentaire, on court le risque de pratiquer un décollement trop profond ou de léser les parois rectale ou vésicale.

A côté de ces inconvénients existent quelques avantages : c'est ainsi que, même après la création d'un vagin insuffisant, des troubles nerveux disparaissent, des états psychiques s'améliorent, la cohabitation devient possible et quand il s'agit d'une femme mariée on évite chez elle des lésions des orifices voisins, par la formation d'un cul-de-sac. Chaque cas offre des considérations particulières ; aussi est-il difficile de dicter, dans ces variétés de malformations, une conduite invariable.

Les avis sont très partagés : pour Bonnecaze, toutes les fois que l'utérus n'existe pas, il faut s'abstenir ; avec un utérus rudimentaire on peut opérer s'il s'agit d'une femme mariée, car les rapprochements sexuels peuvent déterminer l'apparition des règles, par conséquent le développement de l'utérus. Mais, chez une jeune fille, une opération de ce genre serait sans but.

Azam, Puntous, Laforgue, refusent d'opérer.

Certains auteurs, pour expliquer leur refus d'opérer, font intervenir des idées morales et religieuses. On ne doit pas faire courir à une femme les risques d'une opération dans le seul but de lui permettre des rapprochements sexuels qui seront sûrement stériles.

Nombreux sont les auteurs qui se sont élevés contre ces idées disant que rien, dans les lois religieuses, n'em-

pêche l'accomplissement de l'acte sexuel, alors même qu'on le sait devoir être stérile. Puisque l'Église ne défend pas l'acte charnel entaché de stérilité ; ce n'est pas aller contre elle que de mettre une femme dans la possibilité de l'accomplir (Villar). Mais la stérélité, répondent les premiers, n'est pas l'impuissance et l'une est parfois guérissable tandis que l'autre est radicalement essentielle.

Cependant « il est des cas où une opération de complaisance est presque une opération de nécessité et nous connaissons des cas où le chirurgien a dû se rendre au désir de la malade, qui, tout en sachant bien ne pas devenir mère, voulait au moins rester épouse, ce qu'elle n'avait pu encore devenir dans l'acception matérielle du mot. L'humanité, dans ses défaillances, exige quelque fois, à l'insu de celui qui les provoque, des résolutions heroïques de la part d'une épouse. Le médecin doit-il se faire le sauveur ou le complice de la malade qui l'implore ? (Lefort).

A ceux qui disent qu'il est immoral de créer un vagin destiné à assouvir des désirs voluptueux sans espoir de procréation possible, Demons répond : « Qu'on n'a jamais à s'occuper de l'usage possible d'une partie restaurée ou modifiée. On peut opérer uniquement pour rendre une conformation normale à une personne profondément désolée de n'être point comme tout le monde, absolument comme on tente de corriger une malformation quelconque. »

Beaucoup d'auteurs pensent que le médecin doit être libre de se guider selon sa conscience. Mais, au point de vue médical, hygiénique, l'opération est-elle indiquée ? Les uns se sont abstenus, invoquant le danger (Dupuytrem, Sabathier). Il est certain que l'opération est difficile, délicate, l'issue peut être fatale ; la blessure des organes voisins, l'infection septique sont des accidents à redouter

(Baker, Breisky, Riedinger), la blessure du périnée est possible. (Baudry, Veit).

Le peu de succès thérapeutique a été invoqué contre l'opération. On fait un canal, mais sans muqueuse : on remédie à cet inconvénient par le procédé autoplastique ; on use de la dilatation pour lutter contre l'obstruction, aussi voit-on de nombreux chirurgiens intervenir (Lefort, Lannelongue, Polaillon, Picqué, Villar, Sneguireff, etc...)

Au point de vue hygiénique, l'opération serait indiquée, car il vaut mieux permettre la satisfaction des instincts sexuels dans un néovagin, que dans le rectum où l'urèthre, puisque le coït pratiqué dans ces voies anormales amène des troubles fonctionnels graves.

IV. *Cas complexes.* — Nous nous trouvons maintenant, comme dans le cas de M. le Professeur Jeannel, en présence d'une jeune fille atteinte de malformation génitale et rétention menstruelle : la tumeur sanguine s'accroit à chaque poussée périodique, l'opération est indiquée. Cette malade est atteinte, du fait de sa scoliose très prononcée, d'une malformation pelvienne. Doit-on atteindre la tumeur par les voies génitales en créant les portions qui manquent (extrémité inférieure du vagin) et conserver ainsi l'utérus pour permettre plus tard la conception ? Ou bien doit-on, laissant de côté la pénible création d'un vagin, aller par l'abdomen directement au but, et étant donné la malformation pelvienne, peut-on, par une opération radicale, mettre la malade à l'abri d'une dystocie future?

Ici, hésitation ; nous savons que dans les bassins scoliotiques la dystocie n'est pas très grave. Aussi la détermination prise par M. le Professeur Jeannel fut-elle de tenter la restauration du vagin et d'arriver par cette voie sur la tumeur.

Le décollement fut très pénible, on avançait difficilement, le délabrement allait être considérable; aussi, sans insister davantage, notre maître change son champ d'action. Il tamponne la plaie vestibulaire et, après une nouvelle antiseptie de ses mains, il attaque résolument par la voie abdominale. La vérification expérimentale, obtenue par l'examen des organes est une éclatante justification de sa décision et une approbation de son procédé. Il enlève tout d'un seul bloc en pratiquant les ligatures classiques (utérine, pédicule utéro-ovarien). L'incision inférieure passe immédiatement au-dessous de la tumeur.

Du côté gauche, un hématosalpinx que cette voie abdominale permettait seule d'atteindre : l'hématomètre et l'hématocolpos auraient été vidés par la voie vaginale si on avait continué le débridement; mais à quoi aurait servi cet utérus dépourvu du côté gauche de la trompe qu'il fallait forcément enlever, à cause de l'importance de l'hématosalpinx, et dépourvu congénitalement de trompe du côté droit. La trompe droite atrophique se trouvant reliée à un petit utérus droit rudimentaire?

L'intervention était radicale pour les accidents actuels et prophylactique des accidents futurs.

L'enfant, atteinte de malformations multiples, peu résistante, succombe, et sa mort ne peut être attribuée qu'au choc opératoire, car l'hémorragie en nappe qui a eu lieu par la plaie vaginale fut peu importante.

CONCLUSIONS

I. — Les atrésies génitales sont multiples ; elles peuvent se diviser, au point de vue anatomique, en cas simples (absence de vulve, soudure des grandes lèvres, etc). et en cas compliqués (vagin et utérus double, etc.).

Au point de vue de leur gravité et de leur importance clinique, il faut considérer deux ordres de cas : *a*) l'utérus fonctionne et est bien développé ; *b*) l'utérus, atrophié ou nul, coïncide avec : α) l'absence d'ovaire ; β) des ovaires normaux.

II. — La malformation se révèle : *a*) au moment de la puberté, par l'apparition des troubles menstruels ; *b*) à l'époque où sont tentés des rapprochements sexuels, par obstacle au coït.

Les principaux symptômes sont, dans le premier cas : des troubles de rétention amenant la production de poches sanguines. Ces tumeurs, liées aux phénomènes menstruels, s'accroissent à chaque nouvelle période, provoquent des douleurs souvent intermittentes comme leur cause. L'exploration de l'appareil génital permet de reconnaître leur siège précis, qui est le plus souvent le vagin ou l'utérus. Néanmoins des complications peuvent

survenir, l'hématosalpinx, l'écoulement du sang dans le péritoine.

Dans le deuxième cas, le coït est imparfait ou impossible ; il peut en résulter des troubles nerveux ou psychique.

II. — L'histoire clinique de la malade et une exploration attentive de toutes les parties de l'appareil génital permettent de faire le diagnostic.

IV. — Certaines atrésies peuvent permettre la conception. Au moment de l'accouchement, on aura à intervenir souvent pour lever un obstacle (hymen, cloison vaginale), ou dans quelques cas très complexes et fort rares, on aura à recourir à une opération abdominale.

V. — Le traitement s'adresse à deux grands symptômes : tumeur par rétention menstruelle ou bien obstacle au coït.

a) Dans le premier cas, il faut évacuer la tumeur : par ponction ou incision vaginale (hymen imperforé, cloison vaginale) par incision et par décollement (atrésie vaginale, absence d'une partie ou de la totalité du vagin), par ponction et dilatation (atrésie du col utérin), par extirpation abdominale (cas complexes, utérus bicorne, didelphe, hématosalpinx).

b) Dans le deuxième cas, pour refaire un canal génital fonctionnel, divers procédés ont été mis en œuvre : incision de l'hymen, d'une cloison, création d'un vagin (incision, refoulement, électrolyse, incision et décollement, procédés autoplastiques, procédés hétéroplastiques).

VI. — Les indications opératoires varient suivant les cas :

a) Il s'est formé une tumeur par rétention menstruelle; dans ce cas, il n'y a pas de doute possible, ni d'hésitation, il faut intervenir.

Le procédé à employer sera déterminé d'après la variété de la malformation.

b) Il n'y a pas de rétention sanguine, l'utérus n'existe pas, mais les phénomènes de molimen menstruel, sont très douloureux; il n'y a pas d'intervention pressante, mais en cas de troubles très graves, on peut enlever les ovaires.

c) Il n'y a pas de phénomènes de molimen menstruel, mais obstacle au coït, la femme réclame ardemment une opération. Ici, les avis sont partagés : les uns ne veulent pas faire une opération de complaisance destinée uniquement à satisfaire des désirs sexuels, sans espoir de maternité, les autres sont d'avis de mettre tout en œuvre pour satisfaire la malade et conseillent la création d'un vagin artificiel.

d) Il s'agit d'un cas complexe ; il y a rétention menstruelle et, en outre des malformations génitales, une malformation pelvienne ; on peut hésiter entre deux conduites : donner libre accès au sang retenu, créer une voie vaginale, ou bien extirper les parties d'appareil génital devenues le siège de la tumeur sanguine et ne pas remédier à la malformation vaginale.

Avec cette deuxième conduite, on guérit la malade des troubles de rétention actuels et on évite pour elle des troubles dystociques à venir.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Imperforation de l'hymen. (Dr Strisover, *Annales de Gynécologie*, 1893, tome II.)

Fille de 17 ans, très bien développée, se plaint de douleurs dans le bas-ventre, au niveau d'une tumeur qui monte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis et qui, d'autre part, fait saillie entre les grandes lèvres. Incision au bistouri, écoulemement pendant dix minutes d'un liquide pareil au goudron.

Pas de suture, pas de lavage, pansement antiseptique extérieur. Un an plus tard, la jeune fille se maria et accoucha à terme.

OBSERVATION II

Imperforation de l'hymen (Dr Chkodo, *Annales de Gynécologie*, 1893, tome II.)

Fille de 18 ans, chétive, ne se plaint que depuis six semaines de douleurs dans le bas-ventre, et surtout pendant la miction. L'hymen imperforé est tendu sur une tumeur fluctuante; on fait au centre une incision cruciale, ce qui fait jaillir avec violence deux verres de

sang brun ; lavage phéniqué, mèche iodoformée dans l'ouverture qui, au bout de cinq jours, a le calibre d'une plume d'oie.

OBSERVATION III

Imperforation de l'hymen. (Dr Kostenko. *Annales de Gynécologie*, 1893, tome II.)

Fille de 16 ans, très chétive. Elle se plaint, depuis six mois, de douleurs périodiques dans le bas ventre et, depuis huit jours, elle a eu trois fois de la retention d'urine. L'hymen, incisé au point culminant, donne passage à deux litres de sang brun rougeâtre ; après lavage du vagin avec une solution phéniquée, on réunit les deux surfaces de l'hymen à l'aide de trois points de suture et la malade rentre chez elle à pied. Cinq semaines après, l'orifice laissait passer une plume d'oie, les règles ont été normales.

OBSERVATION IV

Hydrometrocolpos congénital par imperforation de l'hymen. Rétention de 200 grammes de mucus. Accident de compression de la naissance. (Junior Vitrac, in *Revue de Gynécologie de Bordeaux*, 1900.)

Mme M..., âgée de 32 ans et demi, mit au monde, le 7 décembre 1899, à terme, un enfant du sexe féminin. C'était sa quatrième grossesse : deux enfants étaient nés prématurément à sept mois (26 et 28 ans), puis elle avait fait, à 30 ans, une fausse couche de deux mois. En juillet 1898, j'avais opéré Mme M... d'un volumineux kyste hydatique de la face convexe du foie (1.040 gr. ; ponction et injection de liqueur de van Zwieten) ; elle était complètement guérie quand elle devint enceinte pour la quatrième fois. Cette dernière grossesse avait été normale. Pas de syphilis.

L'enfant est né petit et chétif, avec une peau dure et ratatinée qui a fait croire tout d'abard qu'il était atteint de sclérème. C'est même

cela qui a empêché, dès le début, qu'on attachât de l'importance à deux symptômes de grande valeur, qui indiquent bien que la tumeur vaginale était déjà constituée, savoir : de l'œdème de tout le membre inférieur gauche et la saillie anormale de la vulve et du périnée, qui tombait entre les cuisses qui étaient également œdématiées.

Pendant les deux premiers jours, l'enfant crie et refuse le sein ; le troisième jour, le Dr Petit remplaçant mon père, le Dr E. Vitrac, constate que le ventre est très distendu et très résistant; cependant le meconium a été bien expulsé et il y a eu même quelques selles verdâtres.

Le quatrième jour, je vois l'enfant avec le Dr E. Vitrac. La peau du ventre est violacée, amincie, très tendue, comme prête à se rompre. L'abdomen renferme une tumeur globuleuse élastique mate, qui remonte jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Nous pensons aussitôt qu'il s'agit d'une vessie distendue, et ce qui nous confirme dans cette opinion, c'est que la nourrice et la sage-femme se rappellent avoir remarqué que les linges de l'enfant n'ont pas été jusqu'à présent souillés par l'urine.

C'est alors que nous examinons la vulve, croyant y rencontrer quelque vice de conformation de l'urèthre.

Toute la vulve, le périnée et l'anus pointent en bas entre les cuisses ; les grandes lèvres sont saillantes et épaissies; elles vont jusquà deux centimètres au-dessous du pli génito-crural. Au-dessous de la fourchette, l'anus est saillant en avant et béant ; à travers son orifice, on voit bomber la paroi antérieure du rectum.

Le clitoris est normal et, entre les petites lèvres, on voit la paroi vaginale qui bombe et qui présente au milieu une petite traînée rougeâtre. Je crois à tort que nous avons sous les yeux la paroi postérieure du vagin et que cette traînée n'est qu'une echymose, car la coloration de toute la vulve et du périnée est rouge et violacée, absolument comme la peau de l'abdomen. En déprimant ce que nous croyons être la paroi postérieure du vagin, on libère le bord inférieur du pubis ; dans notre idée, c'est par là que doivent se trouver et l'urèthre et l'orifice vaginal. Et, en effet, nous pouvons arriver à insinuer une sonde qui, rencontrant le méat, remonte dans l'urèthre, qui laisse écouler, après 4 à 5 centimètres de trajet, une urine claire et limpide.

La vessie contenait 450 centimètres cubes d'urine, qui furent évacués en plusieurs fois, la sonde laissée à demeure étant alternativement bouchée et débouchée.

L'enfant cessa presque aussitôt de crier et parut vouloir têter ; l'abdomen diminua beaucoup de volume ainsi que la saillie du périnée et des grandes lèvres ; nous pensâmes que les modifications de ces régions étaient provoquées par un œdème dur, ainsi que par une infiltration de la cloison recto-vaginale, dont la cause nous semblait devoir être la même que celle de l'œdème du membre inférieur gauche, mais qui restait, somme toute, inexpliquée. Peut-être la rétention d'urine dans la vessie était-elle l'origine d'une compression qui avait atteint tous les vaisseaux du petit bassin et les vaisseaux iliaques gauches? Mais alors, quelle était la cause de cette rétention ? C'est sur quoi nous ne pouvions nous prononcer.

Les jours suivants, l'enfant sembla se remonter un peu ; l'œdème de la cuisse gauche avait disparu ; le périnée et la vulve étaient moins saillants ; mais il n'y avait pas de miction spontanée. Il fallait pratiquer des cathétérismes deux fois par jour. En outre, on remarqua, même lorsque la sonde avait expulsé le contenu de la vessie, que le bas-ventre était le siège d'une tuméfaction manifeste.

C'est alors que je revis le bébé. A trois travers de doigt au-dessus du pubis, on sentait une tumeur dure, dont le bord supérieur était arrondi en demi-cercle; comme c'était cette tumeur qui augmentait ou diminuait dans l'intervalle des cathétérismes, il s'agissait assurément de la vessie, mais d'une vessie pathologique et géante, car il était difficile d'expliquer autrement la résistance de cet organe et son volume excessif, même à l'état de vacuité.

En outre, au-dessus de la vessie, on sentait nettement une tumeur qui dépassait l'ombilic ; au devant d'elle, les anses intestinales venaient se loger et masquer en partie ses divers caractères. Elle paraissait plonger en arrière de la vessie et être un peu élastique, mais dure, si bien que, ayant agité la question de l'opportunité d'une ponction, nous crûmes qu'elle était inutile, tellement la solidité de la tumeur nous paraissait indéniable. A ce moment, je n'eus pas l'idée de pratiquer un nouveau toucher rectal (que j'avais déjà fait lors du premier examen), et quant au gonflement du périnée et des grandes lèvres, qui avait persisté, quoique très diminué, je crus devoir maintenir qu'il s'agissait simplement d'une infiltration œdémateuse très tendue. Je répète que je croyais la paroi recto-vaginale œdématiée et l'orifice vaginal tout à fait normal.

C'est là évidemment la cause de notre erreur, et j'avoue ne pas avoir pensé que la tumeur abdominale pût être le prolongement supérieur d'une tumeur liquide du vagin!

En résumé, je pensais que nous étions en présence d'une tumeur solide congénitale du bassin et de l'abdomen, ayant déterminé à la fois : par compression de l'urèthre ou du col de la vessie, la rétention d'urine et par compression des vaisseaux hypogastriques et iliaques externes, les troubles trophiques du périnée et du membre inférieur gauche. Dans notre idée, la vessie dure, épaisse et restée si volumineuse en état de vacuité, devait avoir des connexions intimes avec la tumeur incriminée.

Dans ces conditions, la thérapeutique nous parut devoir être uniquement symptomatique. Les cathétérismes furent donc continués régulièrement et, du reste, à plusieurs reprises, l'enfant urina spontanément.

Mais peu à peu, l'état général s'était aggravé. Les urines devinrent purulentes et quelques foyers de broncho-pneumonie firent leur apparition.

Le 11 janvier 1900, trente jours après la naissance, je fus appelé pour faire l'autopsie.

Il y avait du pus un peu partout dans la cavité abdominale, et surtout dans le voisinage du rein gauche. Toutefois, il n'y avait aucune adhérence entre les anses intestinales et la surface de la tumeur vaginale. La cause immédiate de la mort a été une péritonite généralisée consécutive à une perforation du bassinet gauche, celui-ci ayant été infecté par voie ascendante.

OBSERVATION V

Imperforation de l'hymen. Grossesse. (M. J. Konelsky, *Annales de Gynécologie*, 1893, tome II.)

Il s'agit d'une jeune femme, mariée depuis deux mois, réglée avant son mariage, au moment où l'auteur la vit, sous tous les symptômes de la grossesse ; il n'y avait cependant aucune communication visible entre le vagin et la vulve, qui était sensible et contuse. La malade, perdue de vue aussitôt, revint cinq mois après. Les médecins qu'elle avait consultés concluaient à la rétention du sang menstruel, en se fondant sur l'impossibilité apparente de la conception.

L'auteur constata nettement les battements du cœur fœtal et arriva à convaincre la malade de la nécessité d'une petite opération ; il fit une incision sur la ligne médiane, moins résistante entre les petites lèvres. Il s'agissait, en effet, d'un hymen charnu et les organes génitaux présentèrent, dès lors, une conformation normale. Il est vraisemblable que la perforation très petite que cet hymen avait présentée, suffisante pour la menstruation et pour la conception, avait été oblitérée, par suite de la vulvite traumatique conjugale.

OBSERVATION VI (Résumée.)

Imperforation de l'hymen. Rupture de l'urèthre. (Esipóff. *Annales de Gynécologie.*)

Femme mariée, âgée de 19 ans, jamais réglée, mais éprouvait chaque mois les symptômes de molimen menstruel ; pendant le premier coït, fut prise tout à coup d'une sensation de brûlure dans la vulve, accompagnée d'une hémorragie profuse : les deux époux étaient en état d'ivresse. Le médecin arriva cinq heures après et trouva la femme très faible ; il constata que l'hémorragie, qui continuait encore, était produite par une rupture de l'urèthre de 2 centimètres de long. Une tumeur fluctuante, grosse comme un œuf de poule, faisait saillie à la vulve. Au toucher rectal, fluctuation dans tout le petit bassin, utérus distendu jusqu'à l'ombilic.

Suture de la plaie, sonde à demeure.

Quatre jours après, ponction de l'hymen avec un gros brocard. On retire deux litres de sang épais comme du goudron. Au toucher, on ne sentait pas la portion vaginale de l'utérus, ils ne formaient qu'une seule cavité. Huit jours après, l'utérus avait repris son volume normal, le col s'était reformé.

OBSERVATION VII

Imperforation de la partie inférieure du vagin. Hématocolpos. Hématométrie. (Dr Turgard, in *Archives de Tocologie*, 1896, page 387.)

R... (Sidonie), servante, âgée de 17 ans et 9 mois, se présente à une consultation, le 26 mai 1895.

Cette jeune fille, douée d'une bonne santé habituelle et sans antécédents pathologiques personnels ou héréditaires, a commencé, il y a trois semaines, à ressentir dans le bas-ventre des douleurs qui ont augmenté pendant quelques jours et qui persistent encore actuellement. En même temps, elle s'est aperçu que son abdomen se développait assez rapidement.

Elle n'a jamais été menstruée. Elle aurait, paraît-il, ressenti, il y a un an, des douleurs analogues, accompagnées également de développement de l'abdomen.

Etat actuel : Femme de taille plutôt au-dessous de la moyenne, brune, embonpoint moyen, ventre un peu développé.

Au palper, on trouve dans le ventre, sur la ligne médiane, une tumeur dure, de consistance fibreuse, pyriforme, à grosse extrémité supérieure, remontant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, mais moins large, moins rénitente que ne le serait un utérus gravide remontant à cette hauteur dans l'abdomen.

L'inspection de la vulve montre, entr'ouvrant les grandes et les petites lèvres, une tumeur bleuâtre ressemblant à une poche amniotique. L'hymen, intact, encadre cette tumeur, auquel ses bords libres n'adhèrent en aucune façon et se confond avec elle par sa grande circonférence. Les grandes et petites lèvres sont bien conformées.

Le toucher permet de constater qu'il s'agit bien d'une tumeur liquide, mais le doigt ne peut pénétrer dans le vagin pour la circonscrire.

Le diagnostic ici s'impose : il s'agit d'une rétention du sang des règles, par suite d'imperforation du vagin.

Je fais, sur le milieu de la tumeur, une incision antéro-postérieure d'un centimètre environ.

Aussitôt se produit un jét liquide ressemblant, comme couleur et comme consistance, à une crême au chocolat. Je laisse le liquide s'écouler lentement; la main, posée sur la tumeur sans exercer de pression dangereuse, sent l'utérus s'abaisser petit à petit, puis diminuer de volume. Il s'écoula juste un litre de liquide. Je fis une injection de sublimé à l'entrée du vagin et la jeune fille retourna à son domicile. Elle perdit encore du sang pendant vingt-quatre heures, mais en très petite quantité. Les règles revinrent le 25 juin, le 25 juillet et le 15 août et durèrent quatre jours chaque fois. Je l'ai revue pour la dernière fois ce 31 août.

Elle n'a pas souffert depuis le jour de la ponction, ses règles se sont passées chaque fois sans douleur; l'utérus à repris son volume et sa situation normale dans le bassin. L'orifice créé par le bistouri s'est considérablement rétréci; il admet maintenant une sonde cannelée. Cet orifice, suffisant pour la menstruation, demanderait un débridement plus large, mais cette jeune fille ne pouvant prendre les quelques jours de repos que nécessiterait cette légère opération, je juge plus prudent de la remettre à un moment plus opportun.

OBSERVATION VIII

Absence de vagin. (Desprès, in *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1890.)

La fille B..., 23 ans, entre à l'hôpital de Lourcine, le 3 février 1870. Atteinte de syphilis constitutionnelle depuis trois mois, elle a été soumise à l'examen le 5 février.

La vulve était normalement conformée; l'orifice de l'urèthre était agrandi et avait l'aspect d'une fente verticale. L'intervalle compris entre les petites lèvres et la fourchette vulvaire était comblé par une membrane offrant des plis comme la muqueuse du vagin et ne présentait d'orifice nulle part Cette membrane, élastique, se laissait déprimer et le doigt pouvait la repousser dans le petit bassin jusqu'à une profondeur de 7 centimètres environ. Les glandes vulvo-vaginales et leurs conduits étaient bien conformés.

Le doigt, introduit dans le rectum, sentait le pubis et distinguait

à peine un cordon fibreux qui s'arrêtait en haut à une masse un peu dure, que je crois être un utérus rudimentaire.

J'ai fait par comparaison le toucher rectal à une malade ayant un vagin normal et j'ai parfaitement constaté que je sentais, entre le rectum et le pubis, une épaisseur beaucoup plus considérable de parties molles.

La malade ne s'était jamais doutée qu'elle eût un vice de conformation. Depuis trois ans, elle avait des rapports sexuels. A 18 ans, elle avait ses règles, dit-elle, et elle avait rendu du sang par l'urèthre; deux ans après, ses règles avaient cessé, mais elle avait vomi du sang tous les mois.

Le fait de l'écoulement du sang par l'urèthre m'a conduit à rechercher s'il y avait une communication entre l'utérus et l'urèthre ; mais je n'ai trouvé dans l'urèthre, exploré avec l'uréthroscope, aucun pertuis appréciable.

La malade recherchait les rapports sexuels, ce qui fait supposer que le vice de conformation du vagin n'avait point aboli les sensations génitales

OBSERVATION IX

Absence de vagin. Création d'un artificiel par refoulement.
(Ellis. *New-York, Med. Record*, 1890, t. 38, p. 492.)

Jeune fille de 17 ans, éprouve depuis un an des phénomènes de molimen menstruel, mais n'a aucun écoulement sanguin.

La vulve paraît bien conformée ; l'hymen est dense, imperforé. La palpation bimanuelle ne fait reconnaître ni utérus, ni collection fluctuante. Cependant, la patiente déclare qu'au moment des époques, elle constatait une tuméfaction dans les parties latérales du bas-ventre. Ellis l'ayant examinée à une période cataméniale, n'a pu la constater.

Opération. — L'hymen, dense et résistant, est coupé avec quelque difficulté. A l'aide de ciseaux et du doigt; on sépare la vessie du rectum. On constate qu'il s'agit d'une absence totale du conduit vaginal, que remplace un tissu spongieux aréolaire.

On ne découvre ni utérus, ni trompes. Dilatation progressive sur des tubes en verre laissés à demeure.

La malade n'a pas été suivie assez longtemps pour qu'on puisse se prononcer sur le résultat définitif.

OBSERVATION X

Absence de vagin. — Création d'un vagin au moyen du procédé de Lefort (Léon Lefort, *Bull. acad. de Médecine*, 1876.)

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie une malade sur laquelle j'ai créé un vagin nouveau au moyen d'un procédé particulier d'électrolyse.

En reprenant possession de mon service à l'hôpital Beaujon en octobre 1875 j'y trouvai malade la nommée Ric... (Marguerite), âgée de 24 ans, et qui y était entrée le 19 juillet précédent, pour s'y faire traiter d'accidents déterminés par l'absence du vagin. Elle me donna sur ses antécédents les renseignements suivants : depuis l'âge de 15 ans, elle éprouve chaque mois à des périodes assez régulières, des douleurs parfois extrêmement vives siégeant dans le bas-ventre, la région lombaire et les aines. Assez souvent, ces troubles menstruels s'accompagnaient d'hémorragie ayant tous les caractères des hémorragies supplémentaires des règles et caractérisée par des épistaxis, des crachements de sang.

Lorsque ces hémoptysies n'avaient pas lieu, les douleurs devenaient plus vives encore et amenaient des étourdissements, des lypothymies, des syncopes.

Dès le début de ces accidents, c'est-à-dire à l'âge de 15 ans, il survint au-dessus des malléoles et aux deux jambes un gonflement œdémateux augmentant à chaque période mensuelle, et plusieurs fois la peau à ce niveau se rompit et c'est par cette rupture que se fit l'hémorragie supplémentaire. Tous les deux ou trois mois, lorsque l'intensité des symptômes était plus grande qu'à l'ordinaire, on avait recours à une application de sangsues à l'anus.

Les parties génitales externes, comme on peut le constater, présentent l'aspect normal, mais jusqu'au début des tentatives opératoi-

res, le vagin n'était représenté, au dire de la malade, que par un cul-de-sac de la profondeur d'un dé à coudre.

A l'âge de 22 ans, la malade entre en mai 1872 dans le service de M. Labbé à la Pitié.

Là, on lui fait subir dix opérations mais ces opérations qui paraissent avoir été faites au bistouri ne conduisirent qu'à la création d'un infundibulum d'une profondeur de 0,05 environ.

En octobre 1873, la malade sort de la Pitié.

Pendant deux ans, elle resta soumise chaque mois aux mêmes accidents ; deux fois pendant cette période l'hémorragie supplémentaire se fit par la partie inférieure des jambes et chaque fois la malade fut obligée de s'aliter pendant six à huit jours, sans pouvoir soulager les douleurs excessives qu'elle éprouvait dans le bas-ventre.

A la fin de juillet 1875, elle se présenta à l'hôpital Beaujon où M. Théophile Anger me remplaçait.

A cette époque, le cul-de-sac créé artificiellemeni, n'avait plus que 0,01 1/2 de hauteur. M. Anger pratiqua une onzième opération dont j'ignore la nature, opération qui permit d'atteindre une certaine profondeur, mais qui fut suivie d'une pelvi-péritonite assez violente qui guérit lentement. J'examinai la malade en décembre.

A cette époque, le toucher me montra qu'il existait à l'endroit du vagin un infundibulum d'une profondeur de 0,04 centimètres, présentant un peu en avant de son fond un anneau circulaire, circonscrivant une ouverture fort étroite au travers de laquelle on pouvait introduire en forçant un peu l'extrémité du petit doigt.

L'introduction d'un petit fragment d'éponge préparée me permit de mettre à découvert dans toute son étendue le cul-de-sac créé par les opérations antérieures.

Une sonde introduite dans la vessie me montre que la paroi uréthro-vaginale est assez mince. Le toucher me permet de constater une tumeur occupant la place de l'utérus, en ayant les caractères, sauf que l'on ne trouve rien de ressemblant au col utérin. Le 9 janvier, les douleurs habituelles se montrèrent du côté du bas-ventre et je fus vivement frappé de leur intensité. Toute tentative d'opération fut remise à quelques jours ; mais de quelle nature pouvait être cette opération ?

J'avais, pour me guider dans mon choix les opérations faites antérieurement par quelques-uns de nos collègues, MM. Riche, Alp. Guérin, et par Huguier, le remarquable rapport fait à la Société de chirurgie par Verneuil à propos d'une observation de M. Patry,

j'avais, du reste, étudié antérieurement ce sujet dans ma thèse de concours sur les vices de conformation de l'utérus et du vagin.

La ponction par le rectum ne pouvait être discutée.

La ponction simple dans l'axe du vagin me paraissait absolument contre-indiquée par suite de l'absence de tumeur menstruelle. L'opération par le bistouri n'avait pas réussi ici, et ne m'encourageait pas à continuer. Au contraire, le décollement des parties molles sans l'emploi ou avec l'emploi restreint du bistouri avait réussi entre les mains d'Amussat en 1852, de Flecter en 1850, de M. Patry et de M. Bernutz, c'est à un moyen analogue mais plus puissant, quoique sans danger, que je résolus d'avoir recours.

Voici quel fut ce moyen :

Les courants continus faibles et permanents dont j'ai fait connaître l'emploi en 1872, et que j'ai appelés à cause de leur action, courants de nutrition, courants si faibles que le malade n'a pas conscience du passage de l'électricité, ont cependant la puissance et l'inconvénient d'amener de petites escharres, lorsqu'on laisse le réophore métallique non recouvert d'un linge mouillé en contact immédiat avec les tissus.

Je résolus de recourir à ce procédé pour cheminer au travers de la cloison vésico-rectale, et y creuser un conduit par la production de petites escharres.

Le 15 janvier 1875, je commençai par chercher à sectionner la bride annulaire dont j'ai parlé en employant le moyen suivant : Je fabriquai un cône de buis au centre duquel passaient de la base au sommet deux fils de cuivre recouverts de gutta-percha, et, par conséquent, isolés l'un de l'autre, des fils dépouillés revenaient extérieurement du sommet à la base du cône par les faces opposées et aux deux extrémités de chaque fil tordues ensemble, je soudais une petite borne d'étain, permettant de fixer les fils conducteurs aboutissant à une batterie de six petits éléments Morin, au sulfate de cuivre.

L'appareil est mis en place toute la nuit et le lendemain matin le toucher me permet de constater que la bride, sectionnée sur deux points réparés et refoulés par le cône, a disparu.

Du 17 janvier au 4 février. — L'appareil est mis en place toutes les nuits, il ne cause aucune gêne et c'est à peine si la malade perçoit quelque sensation désagréable au moment de la fermeture et de l'ouverture du courent.

Comme il s'agit alors de cheminer vers la profondeur on ne laisse

agir que la partie des fils qui correspond au sommet ; sur le reste de leur trajet on les recouvre de collodion.

4 février. — L'apparition des douleurs menstruelles ordinaires suspend l'application du traitement, le 12 février on le reprend, mais je substitue au premier appareil un mandrin cylindrique de bois dont l'extrémité conique est en cuivre et reliée par une tige métallique verticale au fil positif de la pile. Une plaque d'étain enveloppée d'une compresse mouillée en rapport avec le pôle négatif, et placée sur l'abdomen, complète le circuit. Au bout de huit jours le doigt introduit dans le vagin, a peine à atteindre le cul-de-sac terminal. Lorsque le matin on enlève le mandrin, on entraîne avec lui un liquide roussâtre, fétide, d'odeur gangreneuse et pendant la journée, la malade rend à la suite d'injections de petits lambeaux semblables à des escharres.

Le 26, la malade voit apparaître par le vagin un léger écoulement de sang. La nuit suivante elle éprouve cependant encore de violentes douleurs du bas-ventre, lesquelles persistent trois à quatre jours.

En même temps il y eut une légère hémorragie, la tuméfaction susmaléollaire augmenta et devint douloureuse. L'écoulement se faisait goutte à goutte et dura deux jours.

Le 3 mars, le toucher vaginal montre dans le cul-de-sac creusé par l'appareil de petites brides irrégulières dues à la chute des escharres.

L'appareil est réappliqué le 5 au soir. Le lendemain matin, le doigt ne rencontre plus les brides, s'enfonce à 9 ou 10 centimètres et s'arrête dans un infundibulum au fond duquel on sent un corps dur qu'on soupçonne être l'utérus.

Le cul-de-sac formé est très étroit, il faut maintenant élargir le canal nouvellement creusé. Je fabrique alors un instrument assez analogue aux pinces servant à ouvrir les gants, et dont l'une des branches se termine par un bout de cuivre lié par un fil métallique à une borne que porte le talon de l'instrument. Une vis sert à graduer l'écartement des branches.

A partir du 8 mars, l'instrument est appliqué tous les soirs, mais on varie sa position pour atteindre les divers points du vagin, et l'on place comme précédemment le pôle négatif sur le ventre.

Les règles irrégulières et douloureuses le 8 mars, reparaissent à la fin d'avril, régulières, abondantes, peu douloureuses.

La malade va au Vésinet, le 9 mai, et y reste jusqu'au 1er juillet. Les règles apparaissent deux fois : le 3 mai et le 19 juin. Pendant son séjour, qu'elle dut malheureusement prolonger, elle y fut atteinte de pneumonie.

Elle rentre à l'hôpital le 1er juillet. En pratiquant le toucher, on voit que la rétraction cicatricielle a ramené à 0,03 de profondeur cette espèce de diaphragme perforé dont j'ai déjà parlé. Au-delà, la sonde montre que le canal persiste. Pour détruire définitivement cette sorte de sphincter, j'emploie un embout de gutta-percha revêtu d'une lame métallique en laiton que je mets en rapport avec une batterie composée cette fois de vingt éléments Morin. Le diaphragme supprimé il ne restait plus qu'à dilater largement le nouveau vagin ; j'employai pour cet usage un dilatateur en bois que construisit mon interne, M. Bide. Enfin, le 29 juillet, j'introduisis un spéculum bivalve ordinaire, mais de petit calibre et j'arrivai ainsi à constater l'existence d'un col utérin irrégulier, comme atrophié, et qui est placé à dix centimètres de l'entrée du vagin. Dans l'orifice du col j'introduis alors l'hystéromètre qui pénètre dans la cavité utérine à une profondeur de six centimètres et demi. Le résultat obtenu est donc complet et j'ajoute que depuis le mois d'avril la malade a eu des règles abondantes, non précédées et non accompagnées de douleurs, mais pour que ce résultat soit permanent, il faudra dans l'avenir combattre la tendance bien connue au retrécissement du canal artificiellement.

A défaut de moyens physiologiques, l'introduction la nuit d'un pessaire intra-vaginal formé par une tige cylindro-conique assurera la permanence de la guérison.

OBSERVATION XI (Résumée.)

Absence de vagin. Création d'un vagin artificiel. Disparition de troubles nerveux (Idées de suicide) (Schlesinger, *Annales de Gynécologie*, 1887, tome I).

Chez une jeune fille chez qui les troubles psychiques allaient jusqu'à des idées de suicide, Schlesinger créa un vagin artificiel de six à sept centimètres de profondeur. Dans les premiers temps, l'infundibulum fut maintenu ouvert au moyen de gaze iodoformée et de dilatateurs. Mais peu à peu ce canal artificiel qu'un mari eût peut-être rendu permanent, se retrécit, devint plus court.

En tout cas, les troubles psychiques n'ont pas reparu.

OBSERVATION XII

Absence complète du vagin. Douleurs menstruelles périodiques. Création d'un vagin artificiel, par M. Polaillon (*Annales de Tocologie*, 1887).

La nommée Marie D..., âgée de 21 ans, exerçant la profession de couturière, me fut adressée le 10 mars de l'année dernière par mon collègue et ami, le docteur Lancereaux, pour des troubles menstruels tenant à une absence du vagin. Elle fut couchée au nº 18 de ma salle de femmes, à la Pitié.

Cette jeune fille, née de parents bien portants, jouissait elle-même d'une excellente santé, lorsqu'à l'âge de 15 ans elle commença à souffrir du ventre. Les douleurs débutèrent tout à coup pendant qu'elle était à travailler aux champs, prirent une grande intensité et durèrent peu de temps. Après trois mois de calme et de santé parfaite, nouvelles douleurs dans le bas-ventre et les reins; puis, cessation des douleurs au bout de deux ou trois jours. Jusqu'à 18 ans les mêmes douleurs se reproduisirent à intervalles variables.

Mais, à partir de cet âge, elle se régularisèrent. Elles revenaient au commencement de chaque mois, duraient plusieurs jours, puis disparaissaient peu à peu. Parfois, une crise de diarrhée, non mélangée de sang, survenait vers le deuxième ou troisième jour de la période douloureuse.

Dans ces cas, les souffrances étaient moins vives et duraient moins longtemps.

Cependant, à mesure que la puberté s'établissait, et notamment pendant les périodes douloureuses, aucun écoulement de règles n'apparaissait.

L'administration de l'armoise, l'application des sangsues aux cuisses, le repos, etc., n'eurent aucun succès, soit pour calmer la malade, soit pour provoquer l'écoulement menstruel.

Lorsque Marie D... fut soumise à mon examen, les douleurs menstruelles duraient une dizaine de jours. Elles cessaient pendant la nuit, reparaissaient le jour sous l'influence de la station debout et de la marche, et rendaient tout travail impossible. Le ventre n'augmentait pas de volume pendant les douleurs.

Il était facile de reconnaître à ces symptômes, les phénomènes d'une menstruation régulière. Et si cette menstruation ne s'accompagnait pas d'un écoulement sanguin par la vulve, c'est que le vagin n'existait pas.

Marie D... est grande, forte, et porte tous les attributs extérieurs de la femme. Les seins sont volumineux. Les organes génitaux externes sont bien développés et normalement conformés. Mais il n'y a point d'ouverture vulvaire. Si l'on déprime avec l'extrémité du doigt la muqueuse qui tapisse l'espace compris entre le méat urinaire et la commissure postérieure des grandes lèvres, on est immédiatement arrêté par un plan très résistant.

En palpant le ventre, on sent, entre l'ombilic et le pubis, une tumeur mobile, lisse, arrondie, grosse comme une orange, douloureuse à une forte presssion.

Par le toucher rectal, on trouve, à une profondeur de 8 à 9 centimètres, l'extrémité inférieure de la tumeur abdominale. Celle-ci se termine en bas par une saillie dure, qui paraît être le col d'un utérus.

En introduisant une sonde métallique dans la vessie et en déprimant son bas-fond avec cette sonde, en même temps que l'index appuie contre la paroi antérieure du rectum, on sent que le doigt n'est séparé de la sonde placée dans le rectum que par une mince couche de tissu. Par conséquent, la face postérieure de la vessie est directement accolée à la face antérieure du rectum. Il n'y a entre ces deux organes aucun vestige du conduit vaginal. Il n'y a même pas, comme on l'observe dans les cas analogues, un cul-de-sac supérieur du vagin, dans le col de l'utérus viendrait s'aboucher, et dans lequel le sang des règles s'accumulerait.

La tumeur abdominale représente sans aucun doute dans l'utérus, dont l'orifice cervical est oblitéré et dont le corps est un peu distendu par le sang menstruel. La mobilité de cet utérus indique encore qu'il n'est pas retenu à sa partie inférieure par un cordon fibreux résistant tenant lieu de vagin.

Du 5 au 15 mars, la malade eut de violentes crises de douleurs, caractérisant sa période menstruelle. Je remarquai que pendant cette période, l'utérus se distendait médiocrement, soit parce que l'exhalation sanguine était peu abondante, soit plutôt parce que la résistance des parois utérines mettait obstacle à l'accumulation du sang dans sa cavité.

L'indication de créer un vagin artificiel, pour évacuer le sang des règles et pour soulager la malade, était formelle. Je me proposai d'y

arriver en incisant et en décollant les adhérences qui unissaient la vessie au rectum, de manière à reconstituer un trajet depuis la vulve jusqu'à l'utérus, dont j'ouvrirais la cavité. L'entreprise était délicate en raison de la minceur de la paroi recto-vaginale et en raison de la mobilité de l'utérus. Il y avait, en effet, trois écueils à éviter : l'ouverture de la vessie, l'ouverture du rectum et la blessure du péritoine. Je résolus de diviser l'opération en deux parties, séparées par un intervalle de plusieur jours. Dans une première opération, je créerais une voie d'accès jusqu'au voisinage de l'utérus ; dans une dernière opération, j'arriverais jusqu'à l'utérus, que j'inciserais.

La patiente fut préparée par une purgation et par l'administration d'une dose d'opium, afin d'obtenir une constipation de quelques jours.

Le 23 mars, première opération. — Chloroformisation.

Avec le doigt, je déprime en cul-de-sac la muqueuse au niveau du point où doit se trouver l'entrée vaginale : puis j'incise transversalement au fond de ce cul-de-sac. En agissant par la pression du doigt, je dédouble la paroi recto-vaginale. Une grosse sonde, introduite dans la vessie m'indique à chaque instant où est la vessie. Le toucher rectal m'apprend en même temps si je me rapproche trop du rectum. A mesure que je pénètre plus profondément, j'aide l'action du doigt avec une spatule mousse. Je creuse ainsi un large canal, qui a la longueur de l'index, et qui arrive jusqu'au voisinage de l'utérus. Il est impossible de reconnaître le col de cet organe, qui se déplace avec une grande facilité, comme un corps flottant dans l'abdomen. Pour ne pas m'exposer à ouvrir le péritoine je ne pousse pas plus loin ma première opération. Les adhérences qui s'établiront infailliblement autour de la plaie contuse que je viens de produire, contribuéront à fixer l'utérus et à me faciliter un accès jusqu'à lui.

La plaie est irriguée avec une solution phéniquée, et le trajet vaginal est rempli avec des tampons de gaze iodoformée, maintenus par un bandage en T.

La malade est reportée dans son lit et condamnée à un repos absolu avec un cataplasme laudanisé sur le ventre.

Dans la journée, il y eut quelques vomissements bilieux et de la rétention d'urine qui obligea à pratiquer la cathétérisme.

Les jours suivants, aucune douleur dans le ventre, aucune fièvre. Comme pansement, on se borne à maintenir sur la vulve des compresses imbibées d'une solution de sublimé (à 1 pour 2.000).

Le 30 mars, j'enlève les tampons de gaze iodoformée, et je lave largement la plaie avec une irrigation d'eau au sublimé.

Le vagin artificiel admet un spéculum Cusco ordininaire. Mais cette exploration ne fait découvrir aucune saillie ressemblant à un col utérin. En pratiquant le toucher, je constate que le fond du vagin est encore éloigné de deux ou trois centimètres de l'utérus. Nouveau remplissage du vagin avec de la gaze iodoformée.

Le 2 avril, pour maintenir le calibre du conduit vaginal, j'ajoute de nouveaux tampons de gaze iodoformée sans enlever les anciens.

La miction est devenue facile.

Le 8 avril, quelques petites douleurs dans le bas-ventre. Mais les douleurs qui apparaissaient dans les premiers jours du mois, et qui cacactérisaient l'époque menstruelle ne se sont pas fait sentir.

Le 12 avril, les tampons étant tombés pendant les efforts de défécation, de nouveaux tampons de gaze iodoformée sont mis en place.

Le conduit vaginal s'est notablement rétréci et l'introduction du spéculum est très douloureuse. Mais, en se rétrécissant, les parois du vagin artificiel se sont épaissies et sont devenues plus solides. Le moment me semble venu de compléter mon opération. Les fonctions vésicales et rectales s'accomplissent normalement et sans souffrance.

Le 15 avril, deuxième opération. — La malade a été préparée, comme avant la première opération, de manière à obtenir nne constipation de quelques jours Elle est endormie par le chloroforme.

Je constate que le rétrécissement du vagin artificiel a lieu surtout à une distance de deux à trois centimètres de la vulve. Dans ce point le doigt rencontre une sorte d'anneau, plus résistant en arrière qu'en avant, anneau qui est vraisemblablement formé par la perforation du releveur de l'anus et de ses aponévroses. Au-dessus de ce rétrécissement annulaire, on trouve un cul-de-sac de 2 ou 3 centimètres de profondeur. A ce moment, le vagin artificiel n'avait donc qu'une longueur totale de 5 ou 6 centimètres.

Mon premier soin fut d'élargir cet anneau, en déchirant avec le doigt les tissus qu formaient son contour, puis une sonde étant introduite dans la vessie et un doigt dans le rectum, je me mis à cheminer vers l'utérus, en décollant les tissus avec une spatule mousse portée sur un manche de bois. A chaque instant j'interrompais ce décollement, pour m'assurer si je ne me rapprochais pas d'une façon dangereuse de la vessie ou du rectum.

Enfin, j'arrive jusqu'à l'utérus. Cet organe est si mobile et si pro-

fondément placé, que, pour explorer son segment inférieur, il faut le fixer et l'abaisser en pressant fortement sur la région hypogastrique avec la main gauche pendant que l'index droit est profoadément enfoncé dans le vagin artificiel. Je reconnais un col, sur lequel il m'est impossible de trouver un orifice.

Comme le but de l'opération est d'ouvrir la cavité utérine pour la mettre en communication avec le vagin artificiel, je me résous à inciser l'utérus. Pour cela, je me sers de la lame en rondache d'un scarificateur du col. Je dirige la lame de cet instrument avec le doigt jusqu'au contact de la paroi utérine, et je l'incise à peu près dans le point où l'orifice cervical devrait exister. Cette incision n'offrant pas une étendue suffisante, je l'agrandis avec un lithotome à deux lames que j'introduis fermé jusque dans la cavité utérine et que je retire avec un écartement des lames réglé à 2 centimètres et demi,

Au moment de l'inciser avec le scarificateur, une cuillerée à bouche environ d'un liquide noirâtre, sans odeur, s'est écoulée par le vagin. Après l'agrandissement de l'incision avec le lithotome, nouvel écoulement d'un liquide semblable. La quantité totale de ce liquide peut être évaluée à un quart de verre. L'utérus n'est plus distendu. L'opération s'est terminée sans lésion de la vessie ni du rectum. Le péritoine, qui est voisin de l'incision utérine, ne semble pas intéressé.

Après avoir bien lavé le vagin artificiel avec une solution au sublimé, je le remplis de tampons iodoformés.

Les suites de la dernière opération furent aussi simples que celles de la première,

Le 17 avril je retire les tampons de gaze iodoformée, et comme ces tampons n'offrent pas assez de résistance contre la rétraction cicatricielle, je les remplace par cinq drains en caoutchouc rouge, gros comme le petit doigt, attachés les uns aux autres, de manière à former un faissceau cylindrique long de 10 centimètres. Lorsque ce faisceau est disposé dans le vagin artificiel, l'extrémité inférieure des drains est située au niveau de la vulve.

Tous les jours on fait une injection antiseptique dans l'intérieur de ces tubes sans les déplacer, et on maintient sur la vulve une compresse imbibée d'une solution au sublimé.

Toutes les semaines les tubes sont retirés, soigneusement lavés et remis en place.

Le 21 avril je constate, par le toucher, combiné avec le palper abdominal, que l'utérus est notablement revenu sur lui-même. Son

bord supérieur représente deux bosselures latérales, séparées par une encoche, comme s'il existait un utérus double et bilobé. L'examen au spéculum montre au fond du vagin une surface rouge formée par des bourgeons charnus.

Le 3 mai les douleurs menstruelles, qui survenaient avant l'opération de chaque mois, ne se font pas sentir. Le calme est complet. L'utérus ne se tuméfie pas. Le liquide qui s'écoule par le vagin semble un peu plus abondant et plus coloré.

Le 3 juin, un écoulement teinté en rouge ne se produit pas. Aucune douleur ne se fait sentir dans le bas-ventre. Les époques menstruelles suivantes sont caractérisées par des douleurs avec pesanteurs dans les reins et ténesme du côté de l'anus. Mais elles ne donnent lieu à aucun écoulement par la vulve, et l'utérus n'est pas le siège d'une tuméfaction appréciable.

L'opérée a porté constamment, pendant quatre mois, le cylindre vaginal formé par des tubes en caoutchouc. Malgré ce corps étranger, la rétraction cicatricielle a eu pour effet de diminuer le calibre et la longueur du vagin artificiel. L'orifice vulvaire s'est constitué aux dépens de la muqueuse des parties génitales externes muqueuse qui a été attirée en dedans à mesure que les bourgeons charnus du conduit vaginal se cicatrisaient.

L'établissement d'un orifice vulvaire bien bordé par la muqueuse a permis de remplacer les tubes de caoutchouc, par un pessaire à air que l'on dilatait dans le vagin après son introduction.

On put ainsi maintenir le résultat opératoire jusqu'au 13 novembre, jour où Marie D..., quitta la Pitié.

A cette date, elle avait un vagin permettant la copulation. Elle n'était pas réglée, probablement à cause d'une malformation utérine. Mais les douleurs excessives qui accompagnaient avant l'opération chaque menstruation avaient été remplacées par un malaise fort supportable.

OBSERVATION XIII

Absence congénitale du vagin ; création d'un vagin artificiel
Par M. le Professeur Dobleau (*Bulletin de thérapeutique*, 1874, p. 97)

Mlle X..., âgée de quinze ans, au teint pâle, à la taille grande et régulière et dont la santé paraissait assez délicate, entra, dans les premiers mois de l'année 1866, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Dolbeau, suppléant de M. Jobert de Lamballe.

Cette jeune fille n'avait jamais fait de maladie grave et n'était pas encore réglée. Ses deux frères et une sœur étaient morts en bas-âge. Elle avait également perdu de bonne heure son père et sa mère ; le premier était mort du choléra en 1854 ; la seconde, d'une affection abdominale. Elle était depuis restée confiée aux soins de ses grands parents.

Les premiers accidents qui ont donné quelque inquiétude avaient consisté en des douleurs très vives au niveau des reins et du bas-ventre, douleurs qui avaient débuté assez brusquement, sans cause appréciable et s'étaient accompagnées de nausées, de vomissements et d'un état fébrile assez intense. Ces accidents n'avaient d'abord duré que quelques jours. Un mois après, ils s'étaient renouvelés sous la même forme, mais avec une intensité telle qu'ils avaient un moment fait craindre une terminaison funeste. On put cependant arriver à tout calmer et à rétablir assez complètement la santé de la jeune malade.

Le retour périodique d'accidents de ce genre, chez une jeune fille de cet âge et non réglée attira l'attention des personnes qui l'entouraient. Le premier médecin appelé songea tout d'abord aux accidents qui accompagnent ou entravent la première menstruation, et procédant à l'examen des parties sexuelles, il constata l'existence d'un vice de conformation. C'est pour remédier à cette difformité congénitale qu'on se décida à faire entrer la jeune fille à l'hôpital.

L'examen auquel on procéda permit de constater que les parties externes de la génération étaient parfaitement conformées ; les grandes et les petites lèvres existaient et avaient leur développement normal ; le clitoris était à sa place ordinaire, et par derrière on trou-

vait le meat urinaire normalement situé. Au-dessous de ce dernier se voyait un hymen, offrant son aspect normal et arrivant en arrière jusque près de la commissure postérieure des grandes lèvres. On aurait pu croire, au premier abord, que c'était l'hymen hypertrophié et non perforé qui était la cause des accidents éprouvés par la malade. Mais un examen plus complet permit de reconnaître qu'il n'en était rien. La membrane offrait bien à son centre un petit orifice qui pouvait recevoir l'extrémité d'un stylet, mais cet instrument était à peine introduit qu'il était brusquement arrêté et ne pouvait pénétrer au-delà pe quelques millimètres. Par le toucher rectal, le doigt rencontrait, à une distance de 6 centimétres environ, une saillie correspondant à la paroi antérieure de l'intestin ; c'était une sorte de boudin qui semblait remonter du côté du pubis. Cette saillie n'était pas exclusivement sur la ligne médiane, elle empiétait un peu à droite. Elle était, dans tous ses points, d'une consistance très dure et donnait presque la sensation d'une tumeur fibreuse. On sentait que le doigt n'était évidemment séparé de cette saillie que par la paroi antérieure du rectum.

Par le palper abdominal, combiné avec le toucher rectal, on sentait, du côté droit du bas-ventre, une certaine résistance. La main éprouvait par des pressions alternatives, un léger mouvement de va et vient qui lui était communiqué par le doigt introduit dans le rectum et pressant sur la tumeur. Au-dessous du pubis, on ne pouvait en aucun point trouver rien qui correspondit au fond de l'utérus.

Le cathétérisme de l'urèthre, pratiqué en même temps qu'on maintenait le doigt dans le rectum, fit constater, par le voisinage de l'instrument, que la paroi postérieure de ce canal était en contact direct dans l'étendue de quatre centimètres avec la paroi antérieure du rectum, jusqu'au niveau de la tumeur qui venait les séparer.

L'ensemble de ces signes et surtout l'accolement immédiat du rectum avec l'urèthre prouvèrent que le canal vaginal faisait défaut.

Les accidents périodiques éprouvés par la jeune fille, firent penser que la tumeur constatée par le toucher rectal, était le résultat d'une accumulation de sang menstruel, et conduisirent à cette conclusion que les organes internes de la génération existaient.

De plus la situation de la tumeur à six centimètres de l'orifice rectal, fit supposer que la partie cervicale ou supérieure du vagin ne faisait pas défaut.

Pour remédier aux accidents qui auraient pu résulter d'un pareil vice de conformation, on pensa qu'il était urgent d'intervenir et on procéda à l'opération suivante:

L'urèthre étant dirigé en avant à l'aide d'un cathéter, on porta le rectum en arrière avec le doigt, et entre les deux conduits on fit sur le périné, une incision transversale comme pour la taille pré-rectale de Nélaton. Cette ouverture faite, on décolla sans difficulté les parties molles, et sans déterminer d'hémorragie nécessitant une ligature, on parvint sur la tumeur ; on y pratiqua une ouverture aussi large que possible. Cette incision ne donna lieu à la sortie que d'une quantité peu considérable de caillots sanguins noirâtres et assez résistants. On sentit en introduisant le doigt au fond de la plaie, le col de l'utérus très peu volumineux et entouré encore de caillots sanguins ; cet organe était logé dans une cavité lisse et membraneuse de date ancienne et qui ne pouvait être que la portion cervicale du vagin.

Les suites de l'opération furent très simples. Pendant les trois ou quatre premiers jours, le nouveau canal ne cessa de rejeter à l'extérieur divers caillots noirâtres qui finirent par faire place à une suppuration de bonne nature. Celle-ci fut d'abord assez abondante ; puis diminuant peu à peu, elle ne consista bientôt plus que dans un suintement à peine appréciable. La malade n'éprouva aucun accident de péritonite ni de métropéritonite.

Cependant quatre jours après l'opération, elle a été prise de légers frissons de très courte durée et d'un mouvement fébrile assez intense, pour donner quelque inquiétude ; en même temps, elle se plaignait d'une douleur assez vive du côté de la plaie. Un grand bain et un léger purgatif furent ordonnés et tout se calma au bout de quarante-huit heures, ce qui donna lieu à croire que ces accidents n'étaient dus qu'à l'établissement de la suppuration.

A partir de ce moment, la malade a toujours été de mieux en mieux et grâce à un régime tonique et fortifiant, elle a pu de jour en jour reprendre ses forces.

Le pansement de la plaie fut très simple. On n'eut recours ni aux canules ni aux mèches, et dans la crainte d'éveiller quelque inflammation de voisinage, on abandonna pour ainsi dire à lui-même le conduit qu'on avait créé. Tous les deux jours fut pratiqué le toucher vaginal. Cette exploration n'était pas exempte de douleur et le doigt était assez fortement serré par les parois vaginales, surtout au niveau des parties profondes. Ce fait indiquait qu'il y avait évidemment tendance au retrait des parties molles et à l'atrésie du nouveau vagin ; il était par conséquent urgent de continuer la surveillance et de pratiquer régulièrement le toucher pendant un certain temps encore.

Un mois et plus après l'opération, la malade n'avait pas encore vu ses règles apparaître. Mais ce fait n'avait rien d'extraordinaire d'autant plus que la jeune fille était à peine formée, que sa constitution était délicate et qu'elle venait de subir une opération grave du côté des voies génitales. Il eût été important d'attendre une nouvelle époque ; mais la jeune fille insistant pour rentrer dans sa famille et son état général étant aussi satisfaisant que possible, on ne jugea pas à propos de la retenir plus longtemps.

La jeune fille est rentrée un mois plus tard présentant des accidents assez sérieux ; elle avait de la fièvre, se plaignait du fondement, accusait des douleurs en urinant.

Les règles n'ont point paru depuis la sortie de l'hopital, la jeune fille dit qu'elle aurait perdu du pus en allant à la garde robe.

L'examen du bassin ne nous a rien appris de bien positif ; il est probable que la jeune fille a eu une époque, que le sang n'a pu sortir au dehors et qu'un peu de phegmasie s'est développé du côté du bassin.

Le canal vaginal est conservé en avant, mais dans sa partie cervicale, il se réduit à un trajet fistuleux ; le doigt ne peut être introduit jusqu'au col.

La jeune fille étant endormie, nous avons dilaté avec le doigt tout le trajet vaginal et nous sommes arrivés jusque dans l'utérus.

Depuis, le vagin a été maintenu au moyen d'un gros cylindre en étain, cylindre que la malade introduit elle-même tous les matins.

Le 18 août, les règles sont arrivées ; elles ont été abondantes et ont duré trois jours, le tout sans accident.

Le 4 octobre, le vagin reste perméable, on peut y introduire deux doigts ; la santé est parfaite. Il demeure évident que la dilatation journalière du vagin artificiel est indispensable. Le résultat est obtenu en ce sens que le cours des règles est assuré. Qu'adviendra-t-il des rapports sexuels ? Ils seraient actuellement possibles.

Au mois de mars 1872, six années après l'opération, je vis entrer dans mon cabinet, une grande et belle jeune femme âgée de vingt ans, que je ne connaissais pas. Toutefois la visiteuse se fit bientôt reconnaître, c'était l'enfant que j'avais opérée six ans avant : « Je viens me dit-elle vous consulter. Je suis recherchée en mariage ; puis-je me marier ? Et dans le cas où je me marierais puis-je devenir enceinte et pourrais-je accoucher ? »

Les questions étaient positives et je déclarai que pour y répondre, il me fallait faire un examen des plus complets. La jeune fille y

consentit ; je la fis étendre sur un lit dans la position nécessaire pour l'application du spéculum et je pus constater les particularités suivantes :

La vulve, demeurée normale quoique située un peu trop en arrière, est l'entrée d'un canal muqueux qui commence là où devrait exister le périné, c'est-à-dire à trois millimètres en avant de l'anus. Ce canal artificiel creusé le long de la paroi antérieure du rectum, est tapissé par une muqueuse lisse et humide ; on peut introduire facilement l'index et le médius réunis. Le toucher démontre que ce canal, dont les parois sont en contact, se déprime d'avant en arrière, mais surtout de bas en haut. En un mot le doigt peut, en refoulant les parois, se creuser un canal souple jusqu'à une profondeur de cinq centimètres. A cette hauteur on trouve l'ouverture d'un canal fibreux qui ne permet pas l'entrée du doigt et qui s'oppose par conséquent à ce qu'on atteigne le col de l'utérus. Ce canal permet l'intro- d'un hystéromètre qui pénètre de trois à quatre centimètres ; en refoulant profondément les parties avec le doigt, il est impossible de sentir le promontoire ni aucune partie latérale du bassin.

Le toucher rectal montre que l'utérus est à sa place ; on peut même toucher le col au travers de la paroi du rectum.

La jeune femme dit qu'elle a ses règles tous les mois et qu'elles ne sont l'occasion d'aucune souffrance ni d'aucun malaise.

Le résultat de la consultation fut que le mariage était possible et qu'en cas de grossesse, rien ne semblait s'opposer à la migration de l'enfant.

Quelques jours plus tard et d'après les désirs de la jeune fille, je prévenais son futur mari de l'anomalie génitale qu'il devait s'attendre à rencontrer.

Pour seul honoraire, je demandai d'être informé en cas de grossesse et d'accouchement.

Depuis cette époque, je n'entendis pas parler de mes clients. Le 4 novembre 1872, on vint me chercher pour assister la jeune femme qui accouchait vers sept mois de grossesse. Les douleurs avaient commencé dans la nuit du 2 au 3 novembre : elles avaient été permanentes, parfois très énergiques : mais l'accouchement ne se faisait pas, les eaux n'étaient pas rompues.

Nous nous trouvâmes réunis auprès de la malade avec M. Tarnier et le docteur Franquet, médecin ordinaire.

La grossesse nous paraissant certaine, nous avons fait placer la malade en travers de son lit, afin de constater quels pouvaient être

les obstacles à un accouchement pourvu de contractions utérines des plus énergiques.

Voici ce que nous avons constaté :

L'orifice vaginal est boursouflé d'un rouge violacé ; il y a, à ce niveau, comme une sorte de hernie d'une muqueuse intérieure, Le toucher donne les renseignements suivants : Le doigt pénètre, mais il est arrêté à 2 ou 3 centimètres de profondeur ; en ce point, on sent un anneau cicatriciel qui contraste par sa dureté avec les parois très ramollies et très souples du vagin. L'anneau est très étroit et il laisse passer juste une sonde de femme.

Le toucher rectal permet de reconnaître la partie fœtale qui bombe pendant la contraction et qui n'est pas très éloignée du périné.

Il était évident que la poche des eaux avait rencontré le rétrécissement cervical du vagin et qu'elle avait refoulé en masse l'obstacle et le vagin ; il nous parut nécessaire de débrider l'anneau cicatriciel qui séparait la partie supérieure du vagin très dilatée de la portion inférieure simplement refoulée. J'introduis aussitôt un lithotome double et je fis, en ménageant le rectum, un débridement bilatéral de l'obstacle. Le doigt fut introduit facilement et nous reconnûmes la poche des eaux, M Tarnier pratiqua la rupture de cette poche, le liquide fit irruption et nous constatâmes une présentation du siège.

Nous avons quitté la femme vers dix heures, et vers la fin de la journée, elle est accouchée d'un enfant mort, assez volumineux, sans le secours d'aucun instrument.

Les suites de couches ont été assez sérieuses, mais il n'y a pas eu d'accidents capables d'inspirer des craintes pour la vie. Au bout de six semaines, la malade était rétablie ; les règles sont revenues le 25 janvier 1873. Depuis le mariage, le coït s'exécutait régulièrement et à la satisfaction des époux. Le pénis, qui est volumineux, pénétrait des deux tiers de sa longueur et sans souffrance.

Pendant la grossesse, les sensations génésiques provoquées par le coït ont cessé d'être ressenties ; depuis les couches, le coït est possible, mais il est pénible, pour la jeune femme ; elle s'y prête peu volontiers.

OBSERVATION XIV

Absence complète de vagin. Hématosalpinx droit. Laparotomie, ablation des deux annexes : apparition des règles par le rectum. (PSALTOFF, *Annales de Gynécologie*, 1900.)

Jeun fille de 20 ans, jamais réglée. Il y a sept ans, a commencé à éprouver des douleurs dans le bas-ventre. Du côté droit, douleurs continues qui présentaient une exacerbation tous les vingt-cinq jours et duraient quarante-huit heures.

Plus tard, douleurs intenses, les injections de morphine deviennent nécessaires. Enfin douleurs si vives et si constantes que la malade vient réclamer des soins.

Pas d'affection grave, état général satisfaisant.

Tumeur abdominale, du volume d'une tête de fœtus, siégeant dans le petit bassin, du côté droit, un peu mobile et très légèrement douloureuse à la pression.

Conformation des parties génitales externes normales, mais absence d'orifice vaginal. Par le rectum, on sent, à 6 centimètres de profondeur, l'utérus augmenté de volume ; la tumeur déjà indiquée paraît fluctuante et indépendante de l'utérus.

L'intervention idéale eût été de confectionner à cette jeune fille et de lui permettre de ne pas garder des ovaires inutiles. Peut-être aurions-nous pu donner issue au liquide de l'hématosalpinx ; c'eût été le rêve.

Tentative dans ce sens, mais insuccès.

La voie abdominale s'impose alors : laparatomie ; tumeur difficile à entraîner à cause de son volume et de ses adhérences. Ponction et aspiration du liquide, consistance épaisse du liquide et couleur chocolat.

Après avoir enlevé les adhérences, extirpation de la poche entière. Suites opératoires bonnes. Le dix-septième jour, la malade se lève et peut marcher.

Quelques semaines après, elle commence à se plaindre de douleurs au ventre, surtout pendant la défécation. En l'examinant par le rectum avec le doigt, on sent le col utérin tout à fait en arrière, empê-

chant l'introduction libre du doigt. Par l'abdomen, on sent l'utérus augmenté de volume, de la grosseur d'une orange. Injection de morphine.

Trois mois après, la malade présente encore les mêmes douleurs, avec persistance de la tumeur.

Huit mois après, elle revient ; la tumeur a disparu et l'utérus a diminué de volume. Elle raconte que, le mois auparavant, elle a eu une hémorragie abondante par le rectum et que depuis ses douleurs ont disparu (c'est-à-dire six mois après l'opération).

Depuis, tous les vingt-huit jours, elle perd du sang par le rectum durant quarante-huit heures. Etat général excellent, règles régulières et faciles.

OBSERVATION XV

Absence complète de vagin. Création d'un vagin artificiciel. (Dr Villar, de Bordeaux, résumé par M. Picqué, in *Bulletin de Société de Chirurgie*, 1895, séance du 30 octobre)

Jeune jemme de 32 ans, qui ne présenta jamais aucun écoulement menstruel véritable. Elle dit avoir perdu, à l'âge de 16 ans, quelques gouttes de sang très pâle, mais ce renseignement, en présence de l'absence de vagin, ne peut avoir aucune valeur. Par contre, la malade présenta des épistaxis périodiques. Elle se maria à 18 ans et demi, mais l'impossibilité des rapports sexuels ne tarda pas à amener une séparation judiciaire.

Depuis l'âge de 23 ans, elle éprouva, à chaque période menstruelle, des tiraillements dans les seins et des douleurs du côté gauche du ventre. M. Villar vit pour la première fois la malade en novembre 1892 et l'admit dans son service le 15 novembre.

La vulve semble bien conformée, l'orifice vaginal fait défaut et la face interne des petites lèvres se continue d'un côté à l'autre. Par le palper abdominal, il est impossible de reconnaître l'existence de l'utérus ou des annexes. La vessie et le rectum sont accolés étroitement, ainsi qu'il résulte de l'examen par le toucher rectal avec l'exploration de la vessie avec la sonde. Le toucher rectal, d'autre part, démontre qu'il existe un utérus atrophié.

La malade réclamant avec insistance une intervention. M. Villar pratiqua l'opération le 16 novembre, de la façon suivante :

Une incision transversale est conduite d'une lèvre à l'autre. Les deux lambeaux muqueux ainsi constitués sont disséqués ; le décollement de la vessie et du rectum est alors possible. M. Villar le conduisit jusqu'à 9 centimètres, en se servant du doigt et du bistouri, mais n'alla pas jusqu'à l'utérus. Il craignait d'ouvrir une de ces deux cavités, tellement la paroi paraissait mince, et il jugeait qu'il n'y avait pas d'intérêt à aller, au risque d'une perforation, jusqu'à un utérus resté impropre à la menstruation. M. Villar doubla alors les deux parois du vagin nouvellement formé avec les deux lambeaux muqueux. Les suites opératoires furent naturellement très simples.

Après avoir dilaté le nouveau vagin à l'aide de bougies rectales et essayé en vain d'appliquer un ballon en caoutchouc, il renvoya la malade le 8 septembre 1893. Mais M. Villar lui fit construire un appareil spécial destiné à s'opposer à la rétraction cicatricielle. Il se compose : 1° D'une ceinture en tissu élastique; 2° d'un plancher périnéal en caoutchouc fixé à la ceinture par quatre tubes courroies. A son centre, se trouve fixé l'appareil dilatateur du vagin, qui se compose d'un cylindre en caoutchouc rouge à bout mousse de 7 centimètres de longueur et de 25 millimètres de diamètre. Ce cylindre s'adapte, dans l'étendue de 4 centimètres, sur un cylindre métallique qui lui sert de soutien. Le tout est percé d'un canal central pouvant permettre le drainage de la cavité vaginale.

Cet appareil fut porté par la malade pendant quatre ou cinq mois sans difficulté. Après quatorze mois, l'état de la malade est le suivant : le nouveau vagin est tapissé d'une muqueuse normale; il a conservé une longueur de 7 centimètres et demi, en déprimant un peu avec le doigt. Il est assez large ou du moins dilatable. M. Villar a pu facilement y introduire un speculum. La malade n'a eu depuis aucun rapport sexuel. Elle ne peut donc nous renseigner sur les fonctions du nouveau conduit.

OBSERVATION XVI (Inédite).

Stenose du vagin. Atrophie utérine. Phénomènes hystériques
(Due à l'extrême obligeance de M. le professeur Bauby).

S... Adeline, 21 ans, célibataire, salle Saint-Louis, n° 7.

Entrée le 2 janvier 1902, sortie le 10 février.

Ant. H. Mère âgée de 61 ans, atteinte de ramollissement cérébral.

Père bien portant.

Une sœur morte à 24 ans, un frère à 21 ans, tous deux probablement bacillaires. Un frère et une sœur assez bien portants.

A. P. Enfance assez débile. Rougeole avec complication pulmonaire à 12 ans.

Réglée à 12 ans, toujours très irrégulièrement et très peu abondamment. La malade n'a jamais perdu plus d'un jour et demi. Durant l'intervalle, pertes blanches, plus abondantes avant ou après les périodes menstruelles. La date d'apparition des pertes est difficile à préciser ; la malade prétend en avoir eu dès l'âge de 8 à 9 ans.

Il y a deux ans environ, la malade, sans cause apparente, voit ses pertes blanches devenir jaunes verdâtres. Elles sentent mauvais tachent et empèsent fortement le linge.

En même temps, apparition dans la fosse iliaque gauche d'une douleur assez violente, pongitive et qui s'accompagne de vomissements lors des crises.

Cette douleur s'exagère à la fatigue... Disparition progressive de ces pertes sous l'influence d'injections.

Il y a encore un an, à la suite d'une aménorrhée de deux mois, les règles reviennent non pas en grande abondance, mais assez longues en durée. La malade perd durant un mois environ. Le même fait se reproduit une seconde fois.

Depuis cette époque jusqu'au mois de novembre, une période d'aménorrhée de six mois environ. Au commencement de novembre, les règles reviennent et la malade perd durant deux jours en rouge et blanc.

En décembre et janvier, les périodes semblent vouloir augmenter de durée (trois à quatre jours).

Examen. Etat général assez peu brillant. L'appétit serait assez bien conservé, mais les digestions sont pénibles, sensation de pesanteur, envie de vomir.

La malade est toujours constipée ; la constipation peut durer jusqu'à quinze jours.

Etat local. Au toucher vaginal, l'hymen semble à demi intact.

La conformation du bassin et de la région génitale externe est normale.

En écartant les lèvres on voit le vagin fermé par un hymen normal mais qui paraît situé un peu en arrière de son insertion ordinaire. Cet hymen est assez largement perforé à son centre pour admettre le petit doigt. L'introduction de l'index est au contraire douloureuse.

Si l'on pénètre à travers cet hymen, on arrive après trois centimètres à un nouveau diaphragme vaginal qui est lui-même assez largement perforé; en forçant cet orifice, on arrive dans un vagin fermé, cloisonné, adhérent, nul.

Un hystéromètre ne va guère plus loin que le doigt. Le toucher rectal permet de sentir, à la distance ordinaire de la vulve, un corps utérin ovoïde, petit, atrophié, d'une extrême mobilité. On trouve aussi des annexes rudimentaires. Après avoir endormi la malade au bromure d'ethyle, on pénètre dans le vagin plus profondément qu'on n'avait pu le faire, mais, pour aller au-delà, il faut rompre des adhérences des parois vaginale. Cela provoque une hémorragie peu sérieuse. Injection et tamponnement à la gaze.

Cette dilatation facile a été renouvelée plusieurs fois (quatre fois) à intervalle de huit à dix jours. Elle a abouti à la constitution d'un trajet de huit centimètres en haut duquel il a été encore impossible de découvrir le col utérim.

Ces tentatives ont été suspendues, car un beau jour, sans cause appréciable, la jeune fille a été prise d'hématemèses graves avec perte de connaissance. Elle a été évacuée dans un service de médecine d'où elle est rentrée chez elle.

Nous avons écrit à cette jeune fille et avons reçu sa réponse le 6 juillet; en voici la teneur :

Cette jeune fille, soulagée pendant deux mois à peu près se trouve maintenant dans le même état qu'avant les séances de dilatation, débilité, envie de vomir après les repas. Les douleurs qu'elle ressentait n'apparaissent qu'après une fatigue. Les règles sont régulières mais toujours très peu abondantes. « Elles n'apparaissent pour ainsi dire que pour marquer leur régularité. »

Les pertes blanches persistent peu abondantes, mais continuelles.

Les hématemèses n'ont pas reparu.

OBSERVATION XVII

Absence complète du vagin avec rudiment de l'utérus
(GIRARD, *in Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1870).

M. Girard présente les organes génitaux d'une femme de 50 ans morte de la variole dans le service de M. Brouardel.

Assez fortement constituée, cette femme n'avait jamais eu d'écoulement menstruel. La terminaison fâcheuse et prompte de la maladie ne permit pas un examen plus approfondi.

A l'autopsie, étonné de ne point trouver d'utérus entre le rectum et la vessie, on visite les organes génitaux externes.

Le mont de Vénus est couvert de poils nombreux ; les grandes et les petites lèvres, le clitoris sont normalement développés.

Au-dessous du clitoris existe une ouverture incapable de livrer passage au doigt; l'espace qui répond à la vulve ne présente aucune dépression.

Un trait de scie sur les arcades pubiennes permet d'enlever la pièce.

Une sonde introduite par l'ouverture externe, démontre qu'elle n'est autre que le méat urinaire.

La vessie est très développée; emplie d'eau, elle permet d'observer ce qui suit :

Des parois abdominales, le péritoine se réfléchit sur la vessie et passe directement sur le rectum sans former de cul-de-sac antérieur. Le cul-de-sac postérieur très marqué est en tout comparable au cul-de-sac vésico-rectal de l'homme.

Sur la face postérieure de la vessie et un peu au-dessous de son diamètre transverse, on trouve un noyau pyriforme de la grosseur d'une châtaigne, aplati d'avant en arrière. La pointe dirigée en bas et à gauche est séparée de la grosse extrémité par un petit étranglement; le tout représente à peu près la forme de l'utérus.

Ce noyau médian est relié à deux noyaux latéraux par un ligament de 3 centimètres de longueur sur 1 de diamètre. Les noyaux latéraux appliqués, eux aussi contre la face postérieure de la vessie, sont fusi-

formes, ils mesurent environ 2 centimètres et demi de longueur sur 2 d'épaisseur et reçoivent l'insertion des trompes ainsi que celles des ligaments ronds.

Les trompes, tout à fait normales, sont perforées et présentent un pavillon qui embrasse les ovaires.

Ces derniers, volumineux, contiennent quatre corps jaunes et sont placés dans l'aileron postérieur des ligaments larges.

Le péritoine, au niveau du noyau médian, forme trois replis qui correspondent au ligament rond, à la trompe et à l'ovaire.

Détachant de la face postérieure de la vessie le feuillet péritonéal qui la recouvre, on reconnaît que les noyaux médian et latéraux sont compris dans l'épaisseur de la couche sus-péritonéale. Aucun canal ne leur fait suite ; en poursuivant la direction on voit que la vessie adhère immédiatement à la face antérieure du rectum.

Il a été impossible d'examiner au microscope le tissu des noyaux et celui des ligaments qui les unissent. Une incision met à nu un tissu rougeâtre qui paraît contenir des fibres musculaires.

OBSERVATION XVIII

Absence congenitale du vagin. Utérus rudimentaire. Trompes et ovaires normaux. Opération autoplastique. Création d'un vagin artificiel. Guérison (Lucien Picqué, chirurgien des hôpitaux, *Annales de Gynécologie*, 1890, tome I).

La nommée Joséphine D..., âgée de 17 ans et demi, entre le 9 juillet 1889 salle Pascal, A, n° 16, dans le service de M. Pozzi que je suppléais alors.

Antécédents héréditaires. — Mère âgée de 40 ans, bien portante. Père mort à 30 ans, tuberculeux et alcoolique. Un frère âgé de 20 ans, bien portant, une sœur âgée de 20 ans, réglée à 13 ans, et toujours bien réglée depuis cette époque. Aucune malformation congénitale dans la famille.

Antécédents personnels. — A 2 ans, rougeole légère ; n'a jamais été réglée à l'époque ordinaire de l'établissement de la menstruation chez la jeune fille, elle n'a éprouvé aucun malaise du côté du bas-ventre ou des mamelles.

A 16 ans, elle tenta de pratiquer l'acte génital avec un homme vigoureux sans pouvoir y parvenir.

Elle se fait alors examiner en province où un médecin lui déclare qu'elle a une imperforation de l'hymen et lui pratique un débridement qui ne donne aucun résultat. Pendant un an, elle vécut avec le même individu ; jamais l'acte génital n'a été possible, mais par contre, il est certain que le coït anal a été pratiqué, étant donnés la largeur de l'orifice anal et le peu de résistance du sphincter. C'est dans ces conditions qu'elle s'est présentée à l'hôpital en demandant avec insistance une intervention chirurgicale.

Etat actuel. — La malade se présente à l'examen bien conformée pour son âge : les seins sont développés, les muscles volumineux. Le bassin est large, les hanches saillantes. Quand on examine les organes génitaux, tout paraît normal au premier abord : le pubis est recouvert de poils abondants, les grandes lèvres ont un volume normal, les petites lèvres, bien marquées, sont de grandeur ordinaire. Quand on écarte celles-ci, on voit une dépression minime d'un demi centimètre environ, se terminant en cul-de-sac absolument aveugle. Il y a absence totale de vagin.

Quand on pratique le toucher rectal, on constate que la vessie et le rectum sont au contact et séparés par une cloison cellulo-fibreuse, dont on peut approximativement déterminer l'épaisseur en introduisant une sonde dans la vessie et en pratiquant en même temps le toucher rectal. En introduisant le doigt dans le rectum, on sent à une profondeur de 10 centimètres environ et sur la ligne médiane, une petite masse arrondie de la grosseur d'une petite noisette et qui paraît être l'utérus rudimentaire ; à droite et à gauche de cette masse, on sent deux cordons qui roulent sous le doigt et qui paraissent être les trompes normales. Plus haut, on perçoit nettement deux corps ovoïdes dont la pression provoque une douleur typique et qui ne sont autre chose que les ovaires. D'ailleurs aucune tuméfaction, aucune douleur du côté des annexes. Le diagnostic étant ainsi posé, M. Picqué se propose de pratiquer un vagin artificiel en dédoublant la cloison recto-vésicale et ensuite de tapisser le conduit néoformé avec la muqueuse et s'il est nécessaire la peau des parties voisines. L'opération est pratiquée le 22 juillet.

Opération. — La malade est chloroformisée, la vulve rasée et aseptisée. Une incision courbe, à concavité supérieure est faite au niveau de la fourchette. La muqueuse qui tapissait le cul-de-sac vulvaire est soigneusement disséquée, une ligne fibreuse s'insérant au

sommet du cul-de-sac est découverte : c'est l'espace qui sépare la vessie du rectum. Avec de grands ménagements et s'aidant des doigts et de la spatule, M. Picqué chemine dans l'espace inter-vesico-rectal : plus la dissection s'avance, plus elle devient difficile et l'aide du bistouri devient bientôt indispensable, mais il est manié avec la plus grande prudence, l'index de la main gauche étant dans le rectum et une sonde restant dans la vessie comme guide. Après avoir décollé les deux feuillets de la cloison sur une longueur d'environ 6 centimètres, M. Picqué s'arrête car le danger de perforation des organes est alors extrême.

La muqueuse vestibulaire qui avait été décollée au premier temps de l'opération sert à tapisser la paroi supérieure du vagin artificiel où elle est fixée par des points de suture au catgut. Quant à la paroi inférieure, elle est tapissée par la peau de la région inter-vulvo-anale disséquée et portée par glissement jusqu'au fond de la dépression où elle est également maintenue par des points de suture au catgut.

Un canal vaginal est ainsi artificiellement créé, il est tapissé mi-partie par de la peau, mi-partie par de la muqueuse; il permet facilement l'introduction de l'index dans une longueur de 6 centimètres.

Le résultat immédiat est donc excellent.

Les suites opératoires sont très simples, la réunion des lambeaux se fait par première intention. Au bout de huit jours, la partie profonde du vagin commence à se rétracter, il y a une sorte de bride cicatricielle qui tend à rétrécir le calibre vaginal et à faire perdre une partie du terrain gagné.

On fait une dilatation quotidienne pratiquée à l'aide des doigts et d'un tamponnement avec de la gaze iodoformée. Grâce à ce traitement la profondeur du vagin reste convenable, le tissu de cicatrice ne fait plus de progrès et quand notre malade quitte l'hôpital le 15 août, son canal vagin est souple et a une profondenr de 6 centimètres environ.

Nota. — La malade revient vers la fin d'octobre, elle nous raconte que le canal vaginal a diminué de profondeur et qu'elle a dû revenir à d'anciennes pratiques. L'examen démontre que le vagin n'a que peu diminué de profondeur, environ 1 centimètre; ce n'est certes pas tant la diminution de profondeur que l'absence des conditions physiologiques du vagin normal qu'incrimine la malade.

Néanmoins je me décide, sur les instances de la malade, à détacher mes lambeaux et à les reporter plus en arrière du côté de l'utérus.

Il m'a cependant été impossible de faire plus que lors de la première opération, tant est intime l'adhésion de la vessie au rectum. La malade a été toutefois replacée dans les conditions primitives, c'est-à-dire qu'elle quitte de nouveau l'hôpital avec un vagin d'environ 6 centimètres de longueur.

OBSERVATION XIX

Absence complète du vagin, imperméabilité et peut-être absence du col de l'utérus. — Création d'un vagin et d'un orifice utérin artificiel, par M. le Dr Henri Azéma, de l'Ile de la Réunion, *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, mars 1893.

Le 3 septembre 1891, je fus mandé auprès d'une jeune mulâtresse de 14 ans qui souffrait de douleurs atroces du ventre et qui, me disait sa mère, ne pouvait pas régler, n'avait jamais réglé. Déjà, un mois auparavant, elle avait pour la première fois éprouvé les mêmes douleurs, mais moins intenses. Aucune perte de sang ne s'était manifestée mais son ventre était resté gros.

L'enquête faite sur ses antécédents héréditaires nous apprend qu'aucun de ses ascendants n'était porteur de malformations des organes génitaux, mais qu'un de ses oncles était né aveugle. Il ne nous a pas été donné de contrôler cette assertion, cet oncle étant mort. Les antécédents personnels de la jeune mulâtresse ne révèlent aucune maladie.

Cette jeune fille est d'une stature en rapport avec son âge, ses membres sont bien musclés, sa poitrine large. Les seins sont normalement conformés; chacun atteint le volume d'une grosse orange. Les organes génitaux externes sont ombragés de poils suffisamment abondants. Les grandes lèvres sont bien conformées, les petites lèvres ne sont représentées de chaque côté de la ligne médiane que par une crête qui peut avoir deux ou trois millimètres de hauteur. Le clitoris ainsi que le méat urinaire sont parfaitement visibles et normalement situés. La fourchette est dessinée, la fossette naviculaire à peine déprimée.

Il n'existe pas d'orifice vaginal. Le tissu muqueux qui recouvre les petites lèvres se continue sans interruption sur la ligne médiane, formant une membrane épaisse qui obture l'entrée vaginale. Cette mem-

brane ne saurait être confondue avec l'hymen, car elle est située sur un plan plus antérieur que celui-ci.

La partie sous-ombilicale de l'abdomen est augmentée de volume. Le palper délimite assez exactement dans cette région une tumeur arrondie, située sur la ligne médiane et remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le toucher rectal permet de percevoir cette tumeur volumineuse, dure, lisse, qui bombe dans le rectum. Le doigt ne peut parvenir à la circonscrire par en haut. Elle transmet au doigt mis dans le rectum, les mouvements de déplacement que lui imprime la main placée sur l'abdomen. La vessie à l'état de plénitude est refoulée en haut et en avant. L'urèthre et le rectum se touchent, n'étant séparés que par une cloison peu épaisse, disposition rendue évidente par une sonde introduite dans l'urèthre et un doigt dans le rectum.

Absence complète du vagin, avec conservation de l'utérus en état de rétention de sang menstruel, était, après cet examen, le diagnostic qui s'imposait. Il était nettement indiqué d'intervenir. Les douleurs atroces dont souffrait la malade, la possibilité soit d'une rupture utérine, soit de la pénétration dans le péritoine de ce molimen par les trompes peut-être dilatées, justifiaient notre intervention.

L'opération réclamée par l'entourage de la patiente est décidée pour le lendemain. Mon confrère, le Dr Vergoz, appelé en consultation se range à mon avis. Une purge est donnée à la malade le matin même de notre visite. Les poils des parties génitales sont rasés, un grand bain savonneux est pris le lendemain avant notre arrivée. Lavage minutieux du champ opératoire à la liqueur de Van Swieten. Lavement boriqué. Les instruments sont immergés dans l'eau bouillante, puis laissés dans une solution forte d'acide phénique d'où ils sont retirés au fur et à mesure que les besoins de l'opération les réclament.

La jeune fille, mise par mon confrère sous l'influence du chloroforme, est placée au bord du lit dans la position obstétricale. Mon doigt gauche mis dans le rectum, une sonde maintenue dans l'urèthre par un aide sont les points de repaire qui devront nous guider. Une incision verticale, partant de 3 millimètres au-dessous du méat urinaire pour s'arrêter à la fossette naviculaire, est pratiquée sur la membrane qui obture l'entrée vaginale. Cette membrane épaisse, ainsi fendue verticalement, permet l'introduction de l'extrémité digitale. Dès lors, déchirant tantôt avec le doigt les tissus peu résistants, tantôt sectionnant avec le bistouri les bandes fibreuses qui résistent à l'action du doigt et de la sonde cannelée, nous finissons par nous créer, entre

la vessie et le rectum, une voie pouvant admettre l'introduction de l'index et du médius. et pouvant avoir de 6 à 7 centimètres de longueur. Ces bandes fibreuses qui crient sous le couteau sont au nombre de trois ; la première est à 2 centimètres de la vulve, la dernière limite la tumeur. A l'extrémité de ce tunnel, nous sentons l'utérus gonflé sous notre doigt. Il nous est impossible de découvrir le col. Au moyen d'un fin trocart, nous ponctionnons cette tumeur. Il s'en écoule un liquide sanguin, noirâtre, sirupeux. Aucune pression n'est exercée sur la tumeur que nous laissons se vider lentement par l'étui du trocart resté à demeure pendant vingt-quatre heures. Ce vagint ainsi constitué, est bourré de tampons antiseptiques. Un bandage en T maintient le pansement.

Le 4. Le soir de l'opération, à six heures, nous revoyons la malade. Pas de fièvre, T. 37°2. Pouls, 78. Nous la faisons uriner au moyen d'une sonde pour que son pansement ne soit pas sali.

Le 5. Matin. Nuit bonne. T. 37°1. Pouls, 76. Pas de douleurs abdominales à la pression. Le pansement est enlevé, l'étui du trocart retiré. Les pièces du pansement étaient complètement souillées par le sang noirâtre dont l'utérus s'était débarrassé. Celui-ci avait diminué de volume. Nous procédons à un lavage antiseptique du vagin que nous remplissons de gaze iodoformée. Sondage vésical.

Visite du soir. Etat satisfaisant, pas de fièvre. T. 37°2. Pouls, 76. Pas de douleurs abdominales. La malade manifeste son bien-être. Sondage vésical.

Le 6. Matin. Nuit bonne. Apyrexie. T. 37°. Pouls, 76. Pas de douleurs abdominales. Les pièces du pansement sont encore un peu souillées de sang. Lavement évacuateur à l'eau boriquée. Sondage vésical. Même lavage, même pansement que la veille.

Visite du soir. T. 37°8. Pouls 88. Nous avons attribué cette élévation de température et cette accélération du pouls à des visites prolongées d'amies et de parents que la malade reçut pendant la journée. La vessie est vidée avec la sonde.

Le 7. Matin. Nuit bonne. T. 37°1. Pouls, 76. Les pièces du pansement sont retirées indemnes du liquide sanguin. Pansement. Sondage vésical.

Visite du soir. T. 37°2. Pouls, 76. Sondage vésical.

Du 9 au 16 septembre, l'état de l'opérée n'a pas cessé de se maintenir bon. Elle n'a jamais eu de mouvements fébriles, pas plus que de retentissement du côté du péritoine. Les fonctions digestives et vésicales se sont toujours bien exécutées. Chaque jour, nous lui avons répété ses lavages et pansements antiseptiques.

En exécutant l'opération que nous avons décrite plus haut, nous avions rempli une indication pressante qui était celle de vider l'utérus afin de soustraire le malade aux douleurs violente auxquelles elle était en proie et de prévenir des dangers immédiats qui auraient pu se produire. Mais notre tâche n'était pas terminée ; une opération complémentaire destinée à mettre ces organes en état de fonctionner normalement dans l'avenir, était indispensable. Agrandir la voie vaginale, aller à la recherche du col et nous assurer de son intégrité, tel était le plan que nous nous étions proposé.

Le 16, la jeune fille, dont l'état jusqu'alors continuait à être satisfaisant, est endormie et est soumise à notre nouvelle intervention. Opérant comme nous l'avions fait précédemment, nous entourant toujours des mêmes précautions pour ne pas léser la vessie et le rectum, il nous fut possible d'obtenir un élargissement du vagin tel qu'un spéculum bivalve de Cusco put y être introduit Nous allâmes en vain à la recherche du col. Il nous fut impossible, malgré nos délabrements péri-utérins de sentir avec le doigt et de voir à travers le spéculum l'orifice de l'organe. Dans ce but de recherche, nous fûmes conduits à décoller avec l'ongle le péritoine en avant et en arrière de l'utérus dans une très faible étendue, il est vrai. Nos investigations restèrent infructueuses. Le toucher fait avec minutie par le rectum ne nous renseigna pas davantage. Il restait évident pour nous, après toutes ces recherches dans des limites vaginales suffisamment larges et que la prudence nous empêchait de dépasser, que le col, s'il existait, devait être bien anormalement placé.

Nous dûmes nous résoudre à procéder au pansement. Des tampons de gaze iodoformée comblèrent le vagin. Les jours qui suivirent l'opération ne furent, pour la malade, traversés par aucun incident. La température prise matin et soir oscilla tout le temps entre 37° et 37° 7. Un peu de sensibilité au bas-ventre pendant deux ou trois jours, puis tout rentra dans l'ordre. Les pansements absolument antiseptiques a la liqueur de van Swieten et à la gaze iodoformée furent renouvelés chaque jour. Les choses marchèrent ainsi jusqu'au 17 octobre, où la malade fut reprise des phénomènes douloureux de la menstruation. Dans la nuit du 18 au 19, son utérus commença à grossir. Le 20, il avait acquis le volume des deux poings. Par le spéculum que nous introduisons, mais qui cette fois entre avec difficulté, car les parois cruentées du vagin tendent à revenir sur elles-mêmes, par le spéculum nous voyons *de visu* l'utérus bombant rouge et lisse au fond du conduit que nous avions sculpté. Nous cherchâmes, mais sans la

retrouver, la place où, un mois auparavant, avait pénétré notre trocart. Une nouvelle ponction utérine dans l'axe du vagin fut exécutée. L'étui du fin trocart resta à demeure et donna issue au molimen hémorragique. Toutes les précautions furent prises pour éviter la pénétration de l'air dans le foyer. L'utérus se vida lentement. Le pansement fut renouvelé le lendemain, mais l'instrument ne fut pas retiré. Lorsque au bout du troisième jour l'utérus fut revenu sur lui-même, que tout le sang avait été évacué, nous fîmes sur la paroi utérine de chaque côté de l'étui du trocart une incision au bistouri. Nous avions de cette façon agrandi l'orifice produit par le trocart que nous retirions alors pour le remplacer par un bout de sonde en caoutchouc répondant au nº 14 de la filière Charrière. Cette sonde, qui ne resta pas toujours en place, rejetée qu'elle était par les contractions utérines, était chaque matin lavée et réintroduite. Au bout de dix-huit jours, la fistule était constituée, mais son calibre avait diminué, on ne pouvait guère introduire qu'une sonde répondant aux nos 10 ou 11 de la filière.

Pendant ce temps, le vagin se tapissait de bourgeons charnus et perdait de sa largeur. La coarctation augmentant, il serait fatalement arrivé un moment où tout le vagin se serait comblé et où nous nous serions trouvé, à une menstruation ultérieure, aux prises avec les mêmes difficultés pour obtenir l'évacuation du sang. Cette triste perspective que nous fîmes entrevoir à la malade finit par vaincre ses résistances et la conduire à accepter encore une dernière intervention. Celle-ci consistait à mettre sur les bourgeons charnus du vagin des greffes prises à la vulve. La face interne de chaque grande lèvre fournit à la paroi vaginale correspondante un lambeau de forme quadrilatère. Ce lambeau resta adhérent à la grande lèvre par un côté du quadrilatère qui ne fut pas sectionné et qui lui servit de pédicule. Le lambeau fut amené par glissement dans le vagin où il fut étalé sur les bourgeons charnus et fixé par quelques points de suture. Dix jours après, la même opération fut recommencée pour la paroi inférieure qui reçut un lambeau de la fourchette. Pour la paroi supérieure, les greffes latérales devaient, en se rencontrant, lui fournir un revêtement épithélial, les petitees lèvres atrophiées ne pouvant lui assurer un lambeau. Ces greffes, nourries par leur pédicule ne se sphacélèrent pas et, au bout d'un mois, l'on put voir des traînées blanchâtres de tissu épithélial se dessiner sur les parois vaginales. Sur ces entrefaites, une nouvelle menstruation douloureuse s'était produite, mais le sang avait été évacué. Nous pûmes nous convaincre que le sang s'écoulait par l'orifice utérin constitué par notre trocart.

Six semaines environ après l'application de ces greffes, le vagin sembla dans presque toute son étendue être revêtu d'un tissu protecteur. Mais combien il avait diminué de calibre !... Il n'admettait plus que l'introduction de l'index ou du médius. Nous essayâmes de le dilater. Matin et soir, nos deux doigts introduits dans ce canal, tentèrent, en s'écartant, d'obtenir un élargissement. Des tampons, laissés à demeure dans l'intervalle des séances, étaient destinés à maintenir ce que nous avions pu gagner de dilatation. Pendant dix jours, nous répétâmes ces tentatives. Tout ce qu'il nous fut possible d'obtenir, en dépit de nos efforts, fut au bout de ce temps la pénétration pénible des trois doigts rapprochés.

De son côté, la jeune fille demanda à retourner dans sa campagne. Nous l'engageâmes à répéter elle-même matin et soir ces séances de dilatation.

Nous ne pûmes la revoir qu'en avril 1892, c'est-à-dire quatre mois après. La menstruation s'était produite trois fois chez elle. Elle avait été toujours douloureuse, mais le sang avait, toutes les fois, été évacué par le vagin. Celui-ci, que nous examinâmes, s'était rétréci, il n'admettait plus que notre médius. Nous profitâmes de son séjour en ville pour lui donner de nouvelles séances de dilatation. Nous ne pûmes qu'avec la plus grande peine arriver à introduire deux doigts.

Enfin nous la revîmes dans les premiers jours de novembre 1892, c'est-à-dire un an après notre intervention. Sa menstruation est restée douloureuse, mais le sang trouve toujours une issue par le vagin. Ce vagin n'admet, comme en avril, que l'introduction du médius. La malade déclare que malgré tous les soins qu'elle prend pour se dilater, son vagin reprend toujours ce même calibre auquel il se maintient.

OBSERVATION XX

Absence de vagin et d'utérus. Tendances lypémaniaque. Création d'un vagin artificiel par incision et refoulement. (Ablertin, *Annales de Gynécologie.*)

P. R..., âgée de 22 ans, mariée depuis trois ans, n'a jamais eu ses règles ; néanmoins, depuis deux ans, elle prétend avoir tous les mois, à époque fixe, une sensation de pesanteur dans le bas-ventre.

Aspect normal de la fente vulvaire, des lèvres et du clitoris. En écartant les petites lèvres, on découvre une membrane oblitérant le

vagin, présentant une légère dépression avec une sorte de cicatrice centrale, rappelant en petit la cicatrice ombilicale.

Le méat urinaire est normal. Absence d'utérus. La face postérieure de la vessie est directement appliquée sur la face antérieure du rectum. Dans la fosse iliaque droite, on trouve une petite masse à sensisibilité spéciale qui paraît être l'ovaire droit.

Opération le 22 juillet 1892. A partir de la cicatrice centrale, on incise transversalement la cloison et on arrive dans la lame cellulaire prérectale post-vésicale. L'incision transversale est prolongée jusque sur la face interne des petites lèvres, de façon à produire une sorte de débridement qui permet de la refouler dans la dépression artificielle qui sera le vagin.

On décolle ensuite la vessie du rectum, temps facile par suite de la laxité du tissu intermédiaire. Ce décollement fait sur une hauteur de 10 centimètres au moins, on introduit et on laisse un pessaire Gariel entouré de gaze iodoformée.

Pas la moindre réaction inflammatoire. Le pansement consiste dans l'enlèvement du pessaire Gariel, suivi d'irrigation d'eau bouillie sous faible pression ; chaque pansement était accompagné d'une séance de dilatation, soit par le pessaire Gariel, soit par une baudruche remplie d'eau sous pression.

Le pessaire à demeure fut remplacé par des tampons iodoformés.

La malade sort vingt jours après. Au toucher, on constate une dépression de 10 centimètres. La muqueuse était très nette sur le pourtour de l'orifice, sur une étendue de 4 centimètres en profondeur.

Revue le 15 mars ; malgré la dilatation, le conduit artificiel s'est notablement rétréci. Néanmoins, l'index pénètre à une profondeur de 6 centimètres ; les parois de la cavité sont assez souples.

L'état mental de l'opérée, qui devenait inquiétant avant l'opération par ses tendances lypémaniaques, s'est très amélioré.

OBSERVATION XXI (Inédite).

Absence de vagin. Utérus double atrophique, persistance d'un segment d'un conduit de Müller. Hématocolpos, Hématométrie. Hématosalpinx. (Recueillie dans le service de M. le professeur Jeannel par M. le Dr Dieulafe.)

B... (Augusta), salle Saint-Vincent, nº 8, entrée le 3 juillet 1901.

Antécédents héréditaires : Père 61 ans, souffrant souvent de coliques ; mère 45 ans, bien portante.

Deux frères, 25 ans et 24 ans, bien portants, sans difformité. Une sœur, 4 ans, bien portante, pas de difformité.

Pas d'antécédents néoplasiques ou tuberculeux. Pas de difformité dans la famille.

Antécédents personnels : A 6 ans, une crise de violentes coliques avec diarrhée de nature indéterminée, sans vomissements et sans fièvre, ayant duré de quatre à cinq jours. Pas d'autre maladie ou indisposition.

Maladie actuelle : Depuis le mois de septembre 1901, coliques avec douleurs dans la région hypogastrique, sans vomissements, sans fièvre, ayant duré quatre jours, augmentant chaque jour d'intensité, puis cessant rapidement dans l'espace de quatre ou cinq heures, et ce sans administration de remèdes. Pas de constipation, pas de douleurs, pas de fréquence de la miction. Cette douleur lancinante était localisée à la région hypogastrique médiane, ne s'irradiant ni aux cuisses ni aux reins ; pas de tympanisme, mais la pression même légère sur la région hypogastrique provoquait des douleurs vives. L'appétit n'était pas modifié. Tous les mois, vers cette époque (vers le 25), nouvelles crises augmentant d'intensité, mais ayant les caractères de la première, ayant la même durée. La dernière est survenue le 21 juin et a été plus violente et de plus longue durée que les précédentes ; elle a duré huit jours.

Après la crise de mai, la malade s'est aperçue qu'elle avait une tumeur dans la région hypogastrique, tumeur qui n'a pas disparu jusqu'à l'époque actuelle.

Entrée à l'Hôtel-Dieu le 3 juillet.

Etat actuel. — Jeune fille de taille moyenne, paraissant normalement développée pour son âge. Palais légèrement en ogive ; pas de malformation des dents.

Pas de trace de rachitisme.

Du côté des membres supérieurs, normalement conformés d'ailleurs : à droite, atrophie du pouce, diminué de longueur et de grosseur, et de la région thenar, qui paraît complètement atrophiée et n'existe pas. A gauche, double pouce, le pouce supplémentaire étant composé d'une phalange supplémentaire insérée sur la face interne de l'articulation interphalangienne des première et deuxième phalanges, munie d'un ongle et composée d'une phalange de dimension plus petite que celle des autres doigts. Il ne paraît pas y avoir atrophie de la région hypothenar.

Pas d'autre déformation des membres ou du tronc. Pas de déformation du thorax en carène.

Poumons : rien d'anormal.

Cœur. — Peu hypertrophié ; bat dans le sixième espace intercostal, un peu en dedans du mamelon, 3 centimètres environ.

Colonne vertébrale. — Scoliose de la région lombaire à concavité droite de flèche, à 4 centimètres. Les vertèbres lombaires constituent une grosse masse épaisse. Des deux côtés, descendent, jusqu'à un centimètre au-dessus de la crête iliaque : par la palpation profonde, on sent des apophyses costiformes très longues.

Exploration de l'abdomen. — Dans la région hypogastrique, tumeur ayant la forme de l'utérus remontant à 6 centimètres au-dessus du pubis. Sur le côté gauche de la tumeur, à 3 ou 4 centimètres de distance, on sent une autre petite petite tumeur ovoïde reliée à l'utérus.

Région génitale externe, — Grandes et petites lèvres, méat urinaire, pas d'orifice vaginal.

Opération. — M. le professeur Jeannel tente la restauration du vagin et tâche d'arriver sur la tumeur par cette voie. Le décollement fut très pénible, on avançait difficilement, le délabrement allait être considérable ; aussi, sans insister davantage, notre maître change son champ opératoire. Il tamponne la plaie vestibulaire et, après une nouvelle antiseptie de ses mains, il attaque résolument par la voie abdominale. Il enlève tout d'un seul bloc en pratiquant les ligatures classiques (utérine, pédicule utéro-ovarien). L'incision passe immédiatement au-dessous de la tumeur. Suture de la paroi abdominale.

La malade est morte dans la soirée, après avoir présenté une hémorragie de 300 grammes à peu près par la plaie vaginale.

Autopsie. — Le vestibule vaginal offre plusieurs petites déchirures de la muqueuse.

Très petits caillots à la surface externe du péritoine, qui est fortement vascularisé.

Le colon transverse descend verticalement au milieu de l'abdomen, de sorte que l'angle gauche est à la hauteur de la crête iliaque gauche, l'angle droit étant placé sous le foie.

Dans le bassin, caillots, de même que dans la cavité pelvienne et tout le long de la tranche péritonéale. Au-dessous, on voit le tampon vaginal entrant d'au moins 6 centimètres dans la cavité pelvienne et placé en avant du cul-de-sac de Douglas qui persiste tout entier

L'utérine gauche est liée ; elle part de l'ombilicale. A droite, l'ar-

tère utérine n'est représentée que par un petit filet partant de l'obturatrice. Partout, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, se trouvent des caillots.

Bassin aplati du côté gauche.

Dans la région lombaire du côté gauche, une côte supplémentaire est articulée entre la deuxième et la troisième vertèbres lombaires. Du côté droit, existe une côte supplémentaire un peu plus longue que la gauche (3 centimètres de plus), articulée entre la première et la deuxième vertèbres lombaires.

Rein droit normal. Rein gauche très épais, à diamètre antéro-postérieur, aussi grand que le diamètre latéral,

Foie à peu près normal, mais très élevé.

Tout l'intestin est fixé à un long mésentère qui part du corps de la première vertèbre lombaire. Cæcum situé à droite. D'un seul coup de main, l'intestin a été enlevé de la cavité abdominale. Il n'adhérait que dans la région de la première portion du duodenum appliqué contre la colonne vertébrale et aussi par sa continuité avec le rectum normalement disposé et conformé.

OBSERVATION XXII

Rétention des règles dans l'utérus. Vice de conformation des organes génitaux internes et externes. Tentative d'évacuation. Mort rapide. Autopsie (M. Jeannel, professeur de clinique chirurgicale à l'École de Médecine de Toulouse, *Archives de Tocologie* 1889).

Le 29 mars 1886, entrait dans mon service à l'hôpital de Toulouse, salle Saint-Vincent, nº 6, la femme C... (Marie), mariée, âgée de 26 ans. Elle comprend à peine le français, s'exprime en patois, si bien que l'interrogatoire est difficile malgré toute la bonne volonté de l'interprète. Je la vois le 30 mars. Elle porte une tumeur abdominale ancienne qui l'a conduite à un état de cachexie menaçant pour son existence.

Elle n'accuse aucun antécédent morbide. Lorsque je lui demande à quel âge elle a été réglée, elle répond qu'elle ne s'en souvient pas. A une question que je lui pose sur la régularité de ses époques, elle répond que ses époques sont régulières. Mais insistant, j'arrive à me

convaincre qu'elle ignore en réalité ce que c'est que d'avoir ses règles, et qu'elle a perdu du sang par les parties génitales, une seule fois, pendant une demi-heure, il y a plusieurs années, elle ne sait combien.

Du reste, pas de grossesse, pas de fausses couches.

Quant à la tumeur abdominale, elle dit qu'elle est apparue dans le bas-ventre, sans indiquer exactement en quelle région ; elle ne s'exprime pas nettement sur la façon intermittente ou continue dont s'est fait l'accroissement de volume ; elle spécifie seulement qu'elle souffrait chaque mois de coliques dans le bas-ventre durant trois ou quatre jours, et qu'au fur et à mesure que cette tumeur s'est accrue, elle a vu son ventre se balonner ; puis elle a vu s'établir une constipation de plus en plus rebelle et en même temps s'est mise à souffrir d'envies d'uriner de plus en plus impérieuses, pénibles et fréquentes, si bien qu'aujourd'hui le besoin d'uriner est incessant, chaque miction aboutissant à l'émission de quelques grammes d'urine claire et sans odeur aucune.

C'est une petite femme d'aspect chétif, à figure fatiguée cachectique, ayant tous les caractères du faciès péritonéal ou utérin exprimant une souffrance longue et vive ; elle est maigre, pâle, à bout de force, essoufflée. Il y a une dizaine de jours elle a subi une crise et a pensé mourir.

L'examen du ventre montre qu'il est distendu dans tous ses diamètres. On reconnaît toutefois par la seule inspection, qu'il y existe deux zônes distinctes : l'une hypogastrique iliaque, l'autre occupant l'épigastre, les hypochondres et les flancs ; en un mot on voit une dépression médiane et transversale traversant la région ombilicale.

Les membres inférieurs sont œdématiés ; la peau du ventre œdématiée et sillonnée de veines superficielles sinueuses et gonflées. La circulation veineuse profonde est assurément gênée.

La percussion dévoile une sonorité tympanique occupant l'épigastre et la région ombilicale jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, les hypochondres, les flancs, la partie externe des fosses iliaques et enfin les lombes, si bien que, s'il existe de l'ascite, le liquide est en bien petite quantité. Au contraire, on trouve une matité absolue dans une zône médiane hémisphérique, délimitée par un arc de cercle passant à peu près au niveau du milieu des deux arcades crurales et à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Cette matité répond à une tumeur abdominale assez difficile à saisir par la palpation à cause de la distension tympanique du ventre, à

limites un peu confuses très peu mobilisable, douloureuse, sans aucun point fluctuant.

Cette tumeur n'est pas uniforme, on y reconnaît un lobe supérieur proéminant un peu à gauche de la ligne blanche près de l'ombilic, et un lobe inférieur saillant un peu à droite de la ligne blanche.

Les dimensions de l'abdomen sont les suivantes :

Circonférence à l'épigastre	0^m83
— à l'ombilic	0^m82
— à l'hypogastre au niveau des épines iliaques.	0^m88
Distance de l'appendice xyphoïde à l'ombilic	0^m14
— au pubis	0^m39
— à l'épine iliaque supérieure gauche	0^m30
— à l'épine iliaque supérieure droite	0^m32

Je me dispose alors à pratiquer le toucher pour compléter mes renseignements, j'introduis sous les couvertures entre les cuisses, vers la vulve, mon index droit oint de vaseline ; j'approche des parties génitales ; je trouve une verge saillante au milieu des grandes lèvres.

Je fais alors transporter la malade sur le lit d'examen au spéculum et je constate :

1° Un mont de Vénus saillant et garni de poils ;

2° De grandes lèvres garnies de poils, normales, ne contenant rien qui rappelle un testicule ou un ovaire, délimitant une vulve étroite et peu développée ;

3° A la place du clitoris, une véritable verge d'enfant de six à sept ans, de 0^m06 de long, composée de deux corps caverneux de 0^m04, surmontés d'un gland imperforé de 0^m02 de haut sur à peu près autant de large à sa base, aplati d'avant en arrière. La verge est dirigée de haut en bas. Elle est encapuchonnée par des petites lèvres qui se perdent en arrière dans les grandes lèvres et laissent saillir presque tout le gland.

Sur la face inférieure du gland est une rainure médiane d'où part une bride, bride masculine du vestibule de M. Pozzi, formée de deux bandelettes, qui traversent le vestibule, accolées l'une à l'autre, se séparent au niveau du méat urinaire pour entourer cet orifice et se réunissent en arrière.

A partir de là, je ne constate pas la prolongation de la bride, quelque soin que je mette à la chercher plus loin autour de l'orifice vaginal.

Cette bride mesure environ 0m04 de longueur. Sur son trajet entre le méat et le gland on voit trois petits pertuis ou plus exactement trois petites valvules.

En arrière du méat, sur l'anse formée par la bride, je ne vois pas les orifices des conduits de Gœrtner.

4° Un méat urinaire largement ouvert, qui conduit la sonde dans une vessie serrée entre la tumeur abdominale et le pubis ;

5° En arrière du méat, un orifice vaginal bordé de bandelettes horizontales, finement frangées sur leur bord libre, qui sont les restes d'une membrane hymen et qui n'ont aucune connexion avec l'anse que fait la bride masculine en arrière du méat.

Cet orifice, du reste un peu enfoncé dans la vulve, est tout particulièrement étroit, mais dilatable. Il admet d'abord l'index avec peine, mais se prête de plus en plus franchement à son passage sans la moindre déchirure, mais en le serrant un peu. Il conduit dans un vagin court mesurant au plus 7 centimètres de profondeur, étroit aussi, certainement beaucoup plus étroit que le vagin d'une vierge et *a fortiori* d'une nullipare mariée ; ce vagin est modérément dilatable.

Au fond du vagin on trouve une tumeur arrondie, mollasse, remplissant complètement le cul-de-sac latéral droit, un peu moins les culs-de-sac antérieur et postérieur, laissant libre le cul-de-sac gauche. Du reste, le doigt trouve là facilement, sur la tumeur utérine, au milieu d'un petit bourrelet circulaire peu saillant, sensible principalement parce qu'il est un peu plus dur que le reste de la tumeur, un petit orifice étroit ou, plus exactement, une petite dépression en entonnoir circulaire, qui est évidemment l'orifice externe d'un col utérin ;

6° Une fourchette normale ;

7° Un anus bien conformé. Le toucher rectal conduit dans un rectum aplati contre le sacrum par la même tumeur qui remplit le vagin et l'abdomen.

D'ailleurs, la tumeur qui occupe le fond du vagin est contenue avec la tumeur abdominale ; elle fait corps avec elle ; la main abdominale et le doigt vaginal constatent absolument la connexion sans trouver de fluctuation.

Un spéculum bivalve en bec-de-cane du plus petit modèle, spéculum pour vierge, est introduit dificilement dans le vagin : il permet de voir ce que le toucher avait bien constaté et, en particulier, l'orifice ci-dessus mentionné.

J'ajoute que les seins ne font aucune saillie sur le thorax ; mais les

mamelons sont bien formés et d'une grosseur féminine ; enfin, la femme est absolument imberbe. Quant aux goûts sexuels, il y a mariage, mais je n'ai pu obtenir aucune confidence.

Dans ces conditions, le diagnostic ne saurait faire de doute. Il s'agit :

1° D'un vice de conformation des organes génitaux externes constitué par la présence d'un clitoris développé sous forme de verge, par l'amplitude du vestibule où se voit la bride masculine décrite par M. Pozzi et qui, suivant ce chirurgien, représente le corps spongieux de l'urèthre pénien à l'état fœtal ;

2° D'un vice de conformation des organes génitaux internes constitué par l'arrêt de développement du vagin, resté court et étroit, et surtout par la malformation de l'orifice utérin ou de l'utérus lui-même.

En résumé, il existe un pseudo-hermaphrodisme féminin. Mais la conséquence de la malformation utérine a été la rétention des règles dans l'utérus, c'est-à-dire un hématomètre ; la question est de savoir à quelle variété de vice de conformation du canal utéro-vaginal est due la rétention.

Le 31 mars, la malade a été baignée, l'intestin ayant été évacué, plusieurs injections d'une solution de sublimé, à 1 pour 1.000, ayant été poussées la veille dans le vagin, je procède en présence de MM. les docteurs Labat, professeur d'obstétrique à l'école ; Vieusse, médecin-major ; Troy, médecin-major ; Soulé, médecin-major, des internes et des élèves du service, à l'opération suivante.

La malade est dans un tel état de faiblesse que je renonce à lui donner du chloroforme. La vessie est vidée par le cathétérisme, l'urine obtenue n'est pas assurément de l'urine de rétention, elle est claire et inodore. Une ceinture de flanelle doublée de ouate est passée autour de l'abdomen, elle sera progressivement serrée au fur et à mesure de l'évacuation et préviendra, si faire se peut, la rupture de la trompe qui est ici redoutable.

Je dilate progressivement le vagin et je parviens à y introduire, avec peine du reste, un spéculum bivalve de volume ordinaire, nouveau modèle, de Collin, mais je ne puis l'ouvrir qu'à demi.

Je cherche à introduire un hystéromètre par l'orifice utérin constaté sur la paroi gauche de la tumeur vaginale ; l'instrument dont je dispose est trop volumineux, je ne puis le faire pénétrer. Il s'écoule quelques gouttes de sang liquide qui n'est assurément pas du sang retenu. Je n'insiste pas et je ponctionne la tumeur en son point le

plus saillant avec un trocart, malheureusement un peu étroit (4 millimètres de diamètre) : il s'écoule immédiatement un liquide brun chocolat, sirupeux, provenant évidemment de l'hématome ; j'obtiens ainsi environ 400 grammes de liquide, puis l'écoulement s'arrête. Je glisse alors le long de la canule du trocart, au fond du vagin, un bistouri à long manche et j'incise circulairement en traversant une épaisseur de tissu d'environ un centimètre. L'écoulement était encore difficile, je dilate l'ouverture faite au bistouri à l'aide d'une longue pince à polype introduite fermée et retirée ouverte. Néanmoins l'évacuation de l'hématome se fait à grand' peine ; de petites masses blanches grumeleuses se présentent et obstruent l'orifice artificiel, ce sont des morceaux de vieux caillots. J'essaye d'aider l'écoulement au moyen d'une injection intra-utérine doucement poussée avec une solution de sublimé à un demi-millième, mais le résultat est insuffisant, l'hématome est à demi solidifié. Je dois alors introduire de longues pinces dans l'utérus, y saisir et retirer par fragments les vieux caillots qui le remplissent ; de nombreuses injections sont pratiquées en même temps.

Malheureusement cette œuvre patiente et laborieuse ne s'accomplit pas sans écoulement d'une certaine quantité de sang provenant du col, ce qui n'est pas sans m'inspirer de vives inquiétudes, étant donné l'état d'affaiblissement et d'anémie de la patiente. Du reste, la tumeur hypogastrique ne diminue pas sensiblement, bien qu'il y ait deux heures que l'opération dure. La malade se plaint vivement, la peau est moite; je crois devoir m'arrêter. J'estime à un litre le volume du liquide et des caillots provenant de l'hématome que j'ai enlevé ; mais l'estimation n'est qu'approximative, vu le mélange avec e liquide injecté pour faciliter l'écoulement.

Je ne crois pas que la quantité de sang frais perdu dépasse 200 grammes. La partie liquide pure évacuée avec le trocart sans mélange d'antiseptique a été maladroitement jetée par une infirmière et n'a pu être analysée.

Je place dans l'utérus ou plutôt dans la cavité que j'ai créée, par évidement, dans l'hématome un drain en verre et un autre en caoutchouc, je garnis le vagin avec trois tampons de gaze iodoformée, je retire le spéculum et je reporte l'opérée très faible dans son lit.

Je prescris du cognac, des boules d'eau chaude, des injections d'éther. Il est midi un quart; à une heure l'opérée a une syncope et meurt.

Autopsie pratiquée le lendemain matin à six heures. L'abdomen

seul put être ouvert. Les intestins sont ballonnés. La mésentère n'est le siège d'aucune adénopathie. Pas d'ascite.

La moitié inférieure de la cavité abdominale, c'est-à-dire tout le petit bassin, tout le grand bassin jusqu'à l'ombilic, est remplie par une tumeur qui fusionne en une seule masse la vessie, l'utérus, les ovaires, les trompes, le rectum, le côlon ascendant et le côlon transverse, l'épiploon, et qui adhère aux parois du petit bassin.

Tous ces organes sont enlevés en masse ; malheureusement les organes génitaux externes durent être respectés, le cadavre étant réclamé par sa famille.

La tumeur occupe l'utérus. Les culs-de-sac péritonéaux antérieur et postérieur n'existent plus ; ils sont comblés par des adhérences, traces de péritonites anciennes. En avant la vessie est étalée, aplatie, collée sur la face antérieure de l'utérus, dont on ne peut la séparer ; elle a la forme d'un triangle isocèle à sommet inférieur et de 12 centimètres de haut ; son sommet qui est la base du triangle, est fixée à demi-hauteur de la face antérieure de la tumeur ; sa cavité, dont la capacité ne dépasse pas 40 grammes, est plate comme la poche d'un petit portefeuille.

De chaque côté les uretères sont fortement adhérents aux parois de la tumeur. En arrière le rectum est également collé contre la tumeur utérine, à laquelle il adhère, ainsi que le côlon descendant et le côlon transverse, si intimement qu'il faut une dissection attentive pour l'en détacher.

Le grand épiploon se perd sur la face antérieure de la tumeur et se confond avec elle.

L'utérus est remplacé par une tumeur du volume d'un utérus gravide de six mois, tumeur ovoïde à grosse extrémité supérieure. En haut, au niveau du fond, on voit une saillie du volume d'un œuf d'oie, en continuité absolue de parois et de contenu avec le reste de la tumeur.

La surface externe est, sauf cette saillie et celle que je vais décrire à gauche, lisse et régulière.

A gauche, au milieu de la tumeur, est un magma de caillots formant une tumeur secondaire accolée à la tumeur principale, du volume du poing, incluse dans des adhérences au côlon descendant ; en dessous on trouve un ovaire dissocié en plusieurs noyaux, mais reconnaissable ; cette tumeur secondaire est, sans aucun doute, un hématome résultant de la distension et de la rupture de la trompe du côté gauche dont je ne retrouve pas la trace.

Du côté droit on trouve, beaucoup plus bas, au niveau du cinquième inférieur de la hauteur de la tumeur principale, une trompe et un ovaire noyés dans des adhérences lâches, mais sans hématomes.

Sur l'extrémité vaginale de la tumeur on trouve l'orifice créé par mon incision, puis à gauche l'orifice du col utérin absolument perméable, admettant une plume d'oie, mais obliquement dirigé de gauche à droite.

Cet orifice conduit dans un canal perméable qui a été blessé, c'est-à-dire ouvert et traversé perpendiculairement par l'incision faite pendant l'opération, mais qui se continue à droite de celle-ci à travers la paroi de la tumeur et conduit, après un trajet de 3 ou 4 centimètres, dans une cavité indépendante de la tumeur principale, mais logée dans sa paroi. La trompe du côté droit aboutit sur la tumeur en un point qui correspond au fond de cette cavité. Le canal contourne la tumeur vaginale en passant sur sa face postérieure.

La tumeur principale est alors fendue dans toute sa hauteur en arrière sur la ligne médiane après dissection du rectum. Elle est constituée par une masse, mollasse, spongieuse, blanchâtre, avec noyaux brun-rouge vers le centre et points caséifiés à la périphérie disséminés çà et là, sans vascularisation aucune. Elle est composée de couches stratifiées facilement détachables les unes des autres.

Le tout est enveloppé par une membrane dont l'épaisseur varie suivant les points observés entre 5 et 10 millimètres, et dont le tissu ne se continue pas avec la masse centrale. Au centre et en bas de la tumeur est une cavité du volume des deux poings, en communication avec l'orifice artificiellement créé au fond du vagin; c'est la cavité que j'ai produite par la ponction et le curage évacuateur.

La masse centrale représente évidemment des vieux caillots accumulés depuis plusieurs années dans un utérus qui s'est peu à peu distendu et aminci. On dirait du reste tout à fait des caillots d'un vieil anévrisme. Au surplus, l'examen histologique confirme ce diagnostic en montrant sur une coupe pratiquée aux dépens d'un fragment pris à la périphérie, une couche de fibres lisses, rares, dégénérées, mélangées de tissu fibreux, enveloppant des couches stratifiées de fibrine granuleuse infiltrées parfois de cellules rondes qui sont soit des leucocytes, soit des cellules embryonnaires.

Au sommet de la tumeur il semble que l'enveloppe se soit rompue et que les caillots se soient accumulés sous des adhérences péritonéales qui unissent la tumeur à l'épiploon.

Malheureusement, une coupe intempestive de la tumeur principale

a ouvert la cavité ci-dessus mentionnée logée dans la paroi droite et inférieure de celle-ci, cavité en communication à l'extérieur au moyen du canal décrit et de l'orifice utérin signalé. Mais il s'agit là bien certainement d'une déchirure artificielle, car elle n'existe qu'en un point limité de la paroi de la cavité et de plus le contenu de la cavité diffère absolument du contenu de l'hématome : c'est un liquide blanc laiteux ; enfin, la cavité elle-même est tapissée sur toutes ses faces par une membrane muqueuse mamelonnée avec quelques points ecchymotiques parsemés à sa surface.

Je constate, enfin, que la trompe droite est perméable dans toute son étendue, sauf au niveau de son ostium utérinum, qui correspond cependant exactement au fond de la petite cavité.

Vu : *Le président de la thèse*,
Dr JEANNEL.

Vu : *Le Doyen*,
CAUBET.

Vu et permis d'imprimer,
Toulouse, le 9 juillet 1902.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
Pour le Recteur, le Doyen délégué,
E. MÉRIMÉE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Amussat. — Thèse de Paris, 1875.

Azéma. — Absence complète de vagin. Annales de gynécologie, 1893, tome I.

Barnetch. — Imperforation de l'hymen. Thèse de Paris, 1888-89.

Baudry. — Interventions chirurgicales dans les absences de vagin. Thèse de Bordeaux, 1893-94.

Bernard. — Thèse de Paris, 1898.

Bernutz et Goupil. — Clinique des maladies des femmes, tome I.

Bonnecaze. — Traitement chirurgical des imperforations du vagin. Thèse de Paris, 1872.

Bourrus. — Thèse de Bordeaux, 1891.

Brouardel. — Membrane hymen.

Brunox. — Cloisonnement cicatriciel du vagin. Archives de tocologie, 1896

Budin. — Recherches sur l'hymen et sur l'orifice vaginal. Progrès médical, 1879, n° 351.

— Obstétrique et gynécologie.

Chassy. — Utérus didelphe. Archives de gynécologie et de tocologie 1896, p. 795.

Cheron. — L'utérus didelphe. L'obstétrique, 1897, p. 116.

Choteau. — Thèse de Lille, 1894.

Comolas. — Utérus et vagin double. Archives de tocologie, 1896, p. 487.

Cruveilhier. — Anatomie pathologique, tome I, 5e partie.

Da Costa. — Medical News, 1894, p. 269.

Daffix. — Utérus didelphe. Thèse de Toulouse, 1898.

Delaunay. – Etude sur le cloisonnement du vagin d'origine congénitale. Thèse de Paris, 1877.

Delbet. — Hematométrie dans un utérus didelphe. Bulletin médical. 26 mars 1902.

Delens. — Vice de conformation de l'hymen. Annales d'hygiène et de médecine légale, 2e série, vol. 47.

Després. — Absence de vagin. Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1870.

Dimitrescu. — Absence congénitale de vagin. Annales de gynécologie, 1896, tome 2.

Dolbeau. — Absence congénitale de vagin. Gazette des hôpitaux, 1865, p. 333.

— Création d'un vagin artificiel. Bulletin de thérapeutique, 1874, tome I.

Dubreuil. — Hématométrie. Revue de chirurgie, 1882.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Eustache. — Utérus double en obstétrique. Archives de tocologie, mars 1896.

Freudenberg. — Hématométrie de l'utérus droit.

Galabin. — Utérus didelphe avec absence de vagin. Annales de gynécologie, 1882.

— Hématométrie dans une moité d'utérus double. Annales de gynécologie, 1882, tome I.

Gautrelet. — Accouchement et malformations utérines. Thèse de Paris, 1895.

Girard. — Absence de vagin. Journal de la Société anatomique de Paris, 1870.

Godefroy. — Gazette des hôpitaux, 1856.

Gosselin. — Cliniques, tome III.

Goy. — Thèse de Paris, 1880.

Gros (Georges). — Rétention de règles et duplicité du canal génital. Annales de gynécologie, tome 56, p. 401-455.

Gueretin. — Etude sur l'imperforation de l'hymen.

Heliodore de Swiecicki. — Atrésies du vagin. Annales de gynécologie, 1892.

Huchard. — Atrésies génitales et grossesse. Thèse de Paris, 95-96.

Imbert. — Développement de l'utérus et du vagin. Thèse de Paris, 1883.

Issaac Taylor. — Atrésie congénitale ou accidentelle du vagin et de

ses conséquences au point de vue de la grossesse. Annales de gynécologie, 1880, tome I.

Issaurat. — Sinus uro-génital. Thèse de Paris, 1888.

Jeannel. — Rétention de règles. Archives de tocologie, 1887.

Kelly. — Annales de gynécologie, 1898, tome I.

Laville. — Rétention de règles par atrésie génitale. Thèse de Bordeaux, 1886-87.

Le Fort. — Vice de conformation de l'utérus. Th. d'agr., 1863.

Léopold. — Rétention menstruelle dans les conduits génitaux imperforés. Arch. für gynecologie, vol. 34.

Magendie-Husté. — Cloisonnement transversal du vagin en obstétrique. Thèse de Paris, 1894 95.

Mainzer. — Etiologie et thérapeutique des atrésies vaginales. Archives für gynecologie, 1889.

Marchal. — Rétention menstruelle. Revue médicale de l'Est, 1878.

Mathias-Duncan. — Imperforation de l'hymen. Annales de gynécologie, 1882, tome II.

Meunier-Queaux. — Thèse de Paris, 1888.

Mollière. — Vagin artificiel. Lyon médical, 1879-80, tome 32.

Petroff. — Imperforation de l'hymen. Thèse de Montpellier, 1888-89.

Picot. — Anomalies du vagin et de l'utérus et accouchement. Thèse de Paris, 1890-91.

Picqué. — Absence du vagin. Annales de gynécologie, 1890, tome I.

Piron. — Occlusion de l'utérus. Annales de gynécologie, 1879, t. I.

Polaillon. — Création d'un vagin artificiel. Journal de la Société de chirurgie, 1887. Gazette médicale de Paris, 1887, n° 15.

Pozzy. — Annales de gynécologie, 1884.

Psallthoff. — Absence de vagin. Hématosalpinx. Annales de gynécologie, 1900.

Puech. — Hématomètre unilatéral. Annales de gynécologie, 1875. — Imperforation de l'hymen. Annales de gynécologie, 1878.

Rambaud. — Anomalies des organes génitaux de la femme. Thèse de Paris, 1899-1900.

Rauzier. — Imperforation de l'hymen. Thèse de Montpellier, 1889.

Reeve. — Medical News, 1884.

Schlesinger. — Absence congénitale du vagin. Annales de gynécologie, 1887.

Schuhl. — Utérus et vagin double. Annales de gynécologie, 1893, tome II.

Sibut. — France médicale, 8 janvier 1897.

Sokoloff. — Absence de vagin. Annales de gynécologie, 1890, t. I.

Staude. — Vagin droit fermé. Hématomètre de l'utérus. Medicinische Rundschau, 1874, vol. II.

Sutton. — Traitement de l'imperforation vaginale. Annales de gynécologie, 1889.

Tedenat. — Vagin artificiel. Nouveau Montpellier médical, 1893, tome II.

Tompson. — Occlusion congénitale du vagin. Annales de gynécologie, 1885, tome I.

Tourneux et Legay. — Développement de l'utérus et du vagin. Journal de l'anatomie, 1884.

Villar. — Absence de vagin. Société anatomique de Paris, 1870.

— Bulletin de la Société de chirurgie, 1895.

Vitrac. — Hydrométrocolpos congénital par imperforation de l'hymen. Revue mensuelle de pœdiatrie de Bordeaux, 1900, n° 2, t. 2.

Werder. — Hématomètre de l'utérus droit. Journal american medical association Chicago, 1894, tome 23.

Wurtz. — Thèse de Paris, 1877.

Toulouse. — Imprimerie Lagarde et Sebille rue Romiguières, 2